

BVGer C-2635/2021 vom 7. März 2022

Bundesverwaltungsgericht, 2022-03-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2635_2021

FR: TAF C-2635/2021 du 7 mars 2022

IT: TAF C-2635/2021 del 7 marzo 2022

Regeste

Médecine et dignité humaine

Erwägungen

E. 1

de la loi fédérale du 8 octobre 2004 sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules [loi sur la transplantation, RS 810.21], l'art. 6 al. 1 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur l'attribution d'organes destinés à une transplantation [ordonnance sur l'attribution d'organes, RS 810.212.4] et l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]).

E. 1.1

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour statuer sur le présent recours (cf. art. 31, 32 et 33 let. i de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] en lien avec l'art. 68 al.

E. 1.2

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement (art. 37 LTAF). En matière de transplantation, l'art. 68 al. 3 de la loi sur la transplantation prévoit que, sous réserve de l'alinéa 2, les voies de droit sont régies par les dispositions générales de la procédure fédérale.

E. 1.3

Aux termes de l'art. 48 al. 1 PA, a qualité pour recourir quiconque a) a pris part à la procédure devant l'autorité inférieure ou a été privé de la possibilité de le faire, b) est spécialement atteint par la décision attaquée, et c) a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification. Ces conditions sont remplies en l'espèce, de sorte que la qualité pour recourir doit être reconnue au recourant.

E. 1.4

Enfin, le recours a été déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 11 al. 1, art. 50 al. 1 et art. 52 al. 1 PA) et le recourant s'est acquitté de l'avance de frais requise (art. 63 al. 4 PA).

E. 1.5

Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle recevable.

E. 2

Conformément à l'art. 49 PA, le recours est ouvert pour violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), pour constatation inexacte ou incomplète

des faits pertinents (let. b) ou pour inopportunité (let. c). En qualité d'autorité de recours, le tribunal dispose ainsi d'un plein pouvoir d'examen. Il exerce toutefois celui-ci avec une certaine retenue dans des cas particuliers, ce qui revient à dire qu'il exerce ce pouvoir en tenant compte de celui de l'autorité inférieure ; d'une part, lorsqu'il s'agit de trancher de pures questions d'appréciation et, d'autre part, lorsque la nature des questions litigieuses qui lui sont soumises l'exige, en particulier lorsque leur analyse nécessite des connaissances

C-2635/2021 Page 14 techniques ou spéciales que l'autorité inférieure est, vu sa compétence propre ou sa proximité avec l'objet du litige, mieux à même de poser et d'apprécier. Dans ces deux situations, le tribunal ne substituera pas sans raison suffisante sa propre appréciation à l'appréciation ou à la compétence technique de l'autorité administrative. Le tribunal n'annulera alors le prononcé attaqué que si l'autorité spécialisée s'est laissée guider par des considérations non objectives, étrangères au but visé par les dispositions applicables ou violant des principes généraux du droit, tels l'interdiction de l'arbitraire (art. 9 Cst.), l'égalité de traitement (art. 8 Cst.), la bonne foi (art.

E. 3

Circonscrit par la décision attaquée et le recours, le présent litige porte sur le second refus de l'autorité inférieure d'inscrire le recourant sur la liste d'attente à une transplantation d'organe.

E. 4.1

Aux termes de la loi sur la transplantation, celle-ci fixe les conditions dans lesquelles des organes, des tissus ou des cellules peuvent être utilisés à des fins de transplantation (art. 1 al. 1). Elle doit contribuer à ce que des organes, des tissus et des cellules humaines soient disponibles à des fins de transplantation (art. 1 al. 2). Elle a pour but de prévenir toute utilisation abusive d'organes, de tissus ou de cellules, notamment le commerce d'organes, lors de l'application à l'être humain de la médecine de transplantation et d'assurer la protection de la dignité humaine, de la personnalité et de la santé (art. 1 al. 3). Elle s'applique à toute utilisation d'organes, de tissus ou de cellules d'origine humaine ou animale ainsi que de produits issus de ceux-ci (transplants standardisés) destinés à être transplantés sur l'être humain (art. 2 al. 1). La Confédération crée un service national des attributions (art. 19 al. 1) - Swisstransplant qui tient notamment une liste des personnes en attente d'une transplantation d'organe (liste d'attente [art. 19 al. 2 let. a de la loi sur la transplantation en lien avec l'art. 38 al. 1 de l'ordonnance sur l'attribution d'organes]). La liste est ouverte aux personnes visées à l'art. 17 al. 2 (art. 21 al. 1, 1ère phrase), soit notamment aux personnes domiciliées en Suisse (art. 17 al. 2 let. a). Le médecin traitant doit communiquer dans les meilleurs délais à un centre de transplantation le nom du patient pour lequel une transplantation est médicalement indiquée, le consentement écrit de cette personne étant requis. La communication doit également avoir lieu si le patient subit une thérapie de remplacement (art. 20). Les centres de transplantation désignent les personnes qui sont inscrites sur la liste d'attente et celles qui en sont radiées. Leurs décisions se fondent uniquement sur des raisons médicales. L'art. 17 al. 1 non-discrimination est applicable par analogie (art. 21 al. 2). Les centres de transplantation communiquent leurs décisions avec les données nécessaires au service national des attributions (art. 21 al. 3). Le Conseil fédéral décrit précisément a) les raisons médicales visées à l'al. 2, b) les données nécessaires visées à l'al. 3 (art. 21 al. 4).

E. 4.2.1

Donnant suite à la délégation de compétence prévu par l'art. 21 al. 4 let. a de la loi sur la transplantation, le Conseil fédéral a établi l'ordonnance du 16 mars 2007 sur l'attribution d'organes destinés à une transplantation (ordonnance sur l'attribution d'organes [RS 810.212.4]). Aux termes de celle-ci, les patients sont inscrits sur la liste d'attente (art. 3 al. 1) : a. si la transplantation répond à une indication médicale ; b. si aucune contre-indication médicale durable ne s'y oppose, et c. si aucune autre raison médicale n'est susceptible de menacer le succès de la transplantation. L'inscription du patient sur la liste d'attente présuppose l'accord écrit de celui-ci (art. 3 al. 2). Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) peut fixer les indications et contre-indications médicales à une transplantation (art. 3 al. 3). Un patient est immédiatement radié de la liste d'attente lorsqu'il cesse de remplir les conditions visées aux art. 3 et 4 (art. 5). Les centres de transplantation statuent, sous la forme d'une décision sujette à recours, sur l'inscription d'un patient sur la liste d'attente et sur sa radiation de cette liste (art. 6 al. 1).

E. 4.2.2

Le rapport explicatif du projet d'ordonnance sur l'attribution d'organes précise que « [s]eules les contre-indications durables justifient le refus d'une inscription sur la liste d'attente. Une contre-indication provisoire, comme une affection bénigne, ne constitue pas un critère valable pour refuser l'inscription d'un patient sur la liste d'attente. En outre, même lorsqu'il existe une indication médicale à la transplantation et que le patient ne présente aucune contre-indication médicale durable, il est possible que la réussite de la transplantation soit menacée par l'état du patient (al. 1, let. c). C'est aux médecins traitants du centre de transplantation d'évaluer la situation et de déterminer, au vu de l'affection du patient et de son état de santé, si une transplantation permettra de supprimer le problème pour une durée raisonnable. Si tel n'est pas le cas et que, par exemple, l'état de santé du patient est tellement mauvais qu'il ne survivra probablement que très peu de temps à la transplantation, le médecin doit renoncer à l'inscrire sur la liste d'attente. Il ressort déjà de la [loi sur la transplantation] que des critères autres que médicaux ne doivent pas entrer en ligne de compte dans la décision d'inscrire un patient sur liste d'attente. [...] Les conditions d'inscription sur la liste d'attente sont présentées de manière exhaustive à l'al. 1. Tous les patients qui remplissent ces conditions sont en droit d'être inscrits sur la liste. En cas de décision négative, ils peuvent recourir contre cette dernière » (cf. Rapport explicatif du projet d'ordonnance sur l'attribution d'organes destinés à une transplantation ad art. 3, consultable sous : www.fedlex.admin.ch > Procédures de consultation > Procédures de consultation terminées > 2005 > Procédure de consultation 2005/30 > Rapport 1 [site consulté en janvier 2022]).

E. 4.2.3

Le Département fédéral de l'intérieur n'a pas fait usage de la délégation de compétence qui lui a été conférée, si bien qu'il n'y a, à ce jour, pas de liste définissant les indications et contre-indications médicales à une transplantation respectivement les critères permettant de prétendre à une inscription sur la liste d'attente. Aussi n'y a-t-il pas non plus de liste déterminant les critères d'exclusion à l'inscription sur la liste d'attente. Il suit de là que la décision d'inscrire ou non un patient sur la liste d'attente relève de l'appréciation des centres de transplantation, de sorte que le tribunal fera en l'espèce preuve de retenue dans l'exercice de son pouvoir d'examen (cf. consid. 2 supra).

E. 4.3.1

Selon le Message du Conseil fédéral du 12 septembre 2001 concernant la loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules, nul ne peut être discriminé au stade de l'admission sur la liste d'attente. Ainsi notamment l'origine, la race, le sexe, l'âge, la langue, la position sociale, les convictions philosophiques ou religieuses ou encore une déficience corporelle, mentale ou psychique ne sauraient entrer en ligne de compte lors de l'inscription sur la liste d'attente (cf. FF 2002 19, p. 146). C'est en premier lieu le médecin traitant qui est responsable quant à savoir si une transplantation est indiquée chez un patient. S'il parvient à cette conclusion, il doit inscrire le patient auprès d'un centre de transplantation. Une discussion avec le corps médical du centre permettra de décider de l'admission du patient sur la liste d'attente. La décision d'admettre un patient sur la liste d'attente ou de l'en radier ne peut être fondée que sur des raisons médicales. A ce stade, il s'agit uniquement de déterminer si une transplantation est indiquée du point de vue médical et si, éventuellement, il existe des raisons d'ordre médical qui s'opposent à une telle intervention. Pour répondre à cette question, l'on doit forcément examiner si l'état de santé général du patient permet d'escompter le succès d'une transplantation à long terme. Comme dans le cas de l'attribution, nul ne peut être discriminé au stade de l'admission sur la liste d'attente. Si l'admission des patients sur la liste d'attente n'a pas lieu selon des critères uniformes, cela peut avoir des effets discriminatoires. Tel peut être le cas lorsque le patient a été inscrit trop tôt sur la liste parce que le délai d'attente est aussi un critère d'attribution. Dans le cas du rein, c'est l'effet inverse qui peut se produire parce que le patient, tout d'abord traité uniquement par dialyse, n'est admis que relativement tard dans la liste d'attente. Les principes fixés à l'al. 1 [correspondant à l'art. 21 al. 2 de la loi sur la transplantation] ne suffisent pas à garantir que de telles décisions soient arrêtées selon des pratiques uniformes. Aussi, le Conseil fédéral doit-il préciser les raisons médicales mentionnées à l'al. 1 [correspondant à l'art. 21 al. 2 de la loi sur la transplantation]. Il définira notamment les états pathologiques justifiant l'admission sur la liste d'attente. Les patients dont la maladie correspond à l'un ou l'autre de ces états pourront donc prétendre à leur admission dans ladite liste (cf. FF 2002 19, p. 150 ss).

E. 4.3.2

Dans le cadre de l'élaboration de la loi sur la transplantation, le Conseil fédéral a observé que, dans la pratique, les critères déterminants pour une mise en liste étaient les suivants (cf. message précité, FF 2002 19, p. 94) : - L'existence d'une indication médicale manifeste: un organe vital (poumon, coeur, foie, pancréas, rein) doit avoir subi une lésion définitive telle que sans remplacement de cet organe à court terme, le patient risque de décéder. La transplantation doit être la seule thérapie appropriée à l'état de santé du patient ou, du moins, la plus efficace. - L'absence de sévères contre-indications médicales qui pourraient compromettre le succès de la transplantation ou y faire totalement obstacle. Par exemple, le patient ne doit pas souffrir d'une infection qui, sous l'effet du traitement aux immunosuppresseurs qui fait obligatoirement suite à la transplantation, pourrait se réveiller ou prendre des formes mortelles. Il est vrai qu'un traitement préopératoire permet d'atténuer voire d'éradiquer une partie des contre-indications. - Il faut que l'état de santé psychique du patient permette d'escompter qu'après la transplantation, celui-ci prenne régulièrement les médicaments immunosuppresseurs qui contribuent de manière décisive à assurer le succès de l'intervention. - L'âge du patient est également pris en compte puisque l'on sait que plus une personne vieillit plus elle risque de cumuler les contre-indications. - Le patient doit obligatoirement avoir son domicile en Suisse; sont donc admis dans la liste d'attente les ressortissants suisses, les étrangers domiciliés en Suisse et les frontaliers qui travaillent en

Suisse. - Le patient doit avoir été dûment informé de la procédure, des risques et des thérapies alternatives et avoir consenti à son inscription sur la liste d'attente.

E. 4.3.3

Pour sa part, le Comité médical de Swisstransplant organe spécialisé dans les questions médicales et composé de représentants des centres de transplantation qui a pour mission de coordonner les activités des centres ainsi que de résoudre des problèmes d'ordre médical (cf. message précité, FF 2002 19, p. 46) - a édicté plusieurs principes généraux de mise en liste ainsi qu'une liste des contre-indications temporaires à une transplantation, précisant que celles-ci ne valaient que pour les patients déjà inscrits sur la liste d'attente et dont l'état de santé ne leur permettait temporairement pas d'être transplantés (cf. arrêt C-4780/2019 du 1er mars 2021 consid. 3.3.3.1).

E. 4.3.4

Quant à l'USZ, « Folgende Erkrankungen erlauben keine Behandlung durch eine Transplantation : Alle Patienten, die an einem aktiven Krebs leiden (z.B. der Lunge) aber auch schwere nicht behandelbare Erkrankungen anderer Organe wie z.B. des Herzens und der Leber » [Les maladies suivantes ne permettent pas de traitement par transplantation : tous les patients souffrant d'un cancer actif (p. ex. du poumon) ou de maladies graves non traitables affectant d'autres organes comme le coeur et le foie] (consultable sous : www.transplantation.usz.ch Therapieangebote Lungentransplantation [site consulté en janvier 2022]).

E. 4.3.5

Enfin, tant Swisstransplant que l'autorité inférieure se réfèrent à une publication intitulée « A consensus document for the selection of lung transplant candidates : 2014 - An update from the Pulmonary Transplantation Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation [ISHLT] », listant un certain nombre de contre-indications « absolues » et « relatives » à une transplantation pulmonaire. En particulier, il y est fait mention des contre-indications absolues suivantes : « Significant chest wall or spinal deformity expected to cause severe restriction after transplantation [déformation importante de la paroi thoracique ou de la colonne vertébrale susceptible de provoquer de sévères restrictions après la transplantation] » et « Current non-adherence to medical therapy or a history of repeated or prolonged episodes of non-adherence to medical therapy that are perceived to increase the risk of non-adherence after transplantation [non-adhésion actuelle à un traitement médical ou antécédents d'épisodes répétés ou prolongés de non-adhésion à un traitement médical qui sont perçus comme augmentant le risque de non-adhésion après la transplantation] » (cf. arrêt C-4780/2019 du 1er mars 2021 consid. 3.3.5).

E. 4.4

Par souci d'exhaustivité, la Cour de céans ajoute, à propos de l'attribution d'organes entre plusieurs patients inscrits sur la liste d'attente, que nul ne doit être discriminé lors de l'attribution d'un organe et nul ne peut se prévaloir d'un droit à l'attribution d'un organe (art. 17 al. 1 et 4 de la loi sur la transplantation).

E. 4.4.1

En particulier, les critères suivants doivent être pris en considération (art. 18 al. 1 de la loi sur la transplantation) : a. l'urgence médicale de la transplantation ; b. l'efficacité de la transplantation du point de vue médical ; c. le délai d'attente. Lors de l'attribution, les

patients qui, en raison de leurs caractéristiques physiologiques, doivent s'attendre à un très long délai d'attente aient la même probabilité de recevoir un organe que ceux qui ne présentent pas ces caractéristiques (art. 18 al. 2 de la loi sur la transplantation). Le Conseil fédéral détermine l'ordre dans lequel les critères doivent être appliqués ou les pondère (art. 18 al. 3 de la loi sur la transplantation).

E. 4.4.2

Donnant suite à cette délégation, le Département fédéral de l'intérieur a édicté l'ordonnance du 2 mai 2007 sur l'attribution d'organes destinés à une transplantation [ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes, RS 810.212.41] déterminant les critères suivants à l'attribution d'un poumon entre plusieurs patients inscrits sur la liste d'attente : - En première priorité, le poumon est attribué à un patient qui est exposé à un risque de mort immédiate s'il ne bénéficie pas d'une transplantation (art. 16 al. 1 de l'ordonnance sur l'attribution d'organe). Le DFI fixe les conditions qui déterminent l'existence d'une urgence médicale, ainsi que sa durée (art. 16 al. 2 de l'ordonnance sur l'attribution d'organe). Est notamment considéré comme exposé à un risque de mort immédiate le patient pour lequel une ventilation assistée invasive en unité de soins intensifs est indispensable (art. 7 al. 1 de l'ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes). L'urgence médicale dure 28 jours. Elle est prolongée tous les 28 jours lorsqu'elle est confirmée par le centre de transplantation compétent (art. 7 al. 2 de l'ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes). - En deuxième priorité, le poumon est attribué au patient pour lequel la transplantation laisse présumer la plus grande efficacité du point de vue médical (art. 17 al. 1 de l'ordonnance sur l'attribution d'organes). Lorsqu'il n'y a pas urgence médicale, le poumon est attribué : a.) en premier lieu à un patient pour lequel une transplantation combinée coeur-poumon est nécessaire; b.) en deuxième lieu à un patient souffrant d'hypertonie pulmonaire; c.) en troisième lieu à un patient de moins de 40 ans, si le donneur est âgé de moins de 40 ans; d.) en quatrième lieu à un patient atteint d'une fibrose pulmonaire (art. 8 al. 1 de l'ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes). - Lorsque le degré de priorité est le même pour plusieurs patients, le poumon est attribué: a.) en premier lieu à un patient pour lequel une transplantation multiple est indiquée, conformément à l'art. 11 de l'ordonnance sur l'attribution d'organes; b.) en deuxième lieu à un patient en soins intensifs placé sous oxygénation par membrane extracorporelle et sous ventilation mécanique invasive; c.) en troisième lieu à un patient de groupe sanguin 0 ou B, si le donneur est de groupe sanguin 0; d.) en quatrième lieu au patient qui attend la transplantation depuis le plus longtemps (art. 9 al. 1 de l'ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes). - Lorsqu'il y a urgence médicale pour plusieurs patients au sens de l'art. 7, al. 1, le poumon est attribué au patient pour lequel l'urgence médicale est la plus grande. Lorsque l'urgence médicale est la même pour plusieurs patients, le poumon est attribué selon l'ordre de priorité défini à l'al. 1 (art. 9 al. 2 de l'ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes).

E. 4.4.3

Les Directives de l'Académie suisse des sciences médicales précisent que tout patient dont la maladie peut être guérie ou atténuée durablement au moyen d'une transplantation d'organe a droit à la greffe d'un organe devenu disponible. Les organes doivent être attribués sur la base de critères médicaux et conformément aux principes de l'égalité de traitement et de l'équité (FF 2002 19, ch. 1.1.5.3.1 p. 55). Relevant de l'éthique professionnelle, ces directives sont dépourvues de force contraignante (FF 2002 19, ch. 1.1.5.3.6 p. 58).

E. 5

al. 3 et art. 9 Cst.) ou la proportionnalité (art. 5 al. 2 Cst.) (cf. ATF 133 II 35 consid. 3 et réf. cit.). Cette réserve n'empêche au surplus pas le tribunal d'intervenir lorsque la décision attaquée semble objectivement inopportune (cf. arrêts du TAF A-379/2016 du 8 septembre 2016 consid. 2.1 et réf. cit. et A-3750/2016 du 2 février 2017 consid. 1.4.1 ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2e éd. 2013, no 2.160). 3. Circonscrit par la décision attaquée et le recours, le présent litige porte sur le second refus de l'autorité inférieure d'inscrire le recourant sur la liste d'attente à une transplantation d'organe. 4. 4.1 Aux termes de la loi sur la transplantation, celle-ci fixe les conditions dans lesquelles des organes, des tissus ou des cellules peuvent être utilisés à des fins de transplantation (art. 1 al. 1). Elle doit contribuer à ce que des organes, des tissus et des cellules humaines soient disponibles à des fins de transplantation (art. 1 al. 2). Elle a pour but de prévenir toute utilisation abusive d'organes, de tissus ou de cellules, notamment le commerce d'organes, lors de l'application à l'être humain de la médecine de transplantation et d'assurer la protection de la dignité humaine, de la personnalité et de la santé (art. 1 al. 3). Elle s'applique à toute utilisation d'organes, de tissus ou de cellules d'origine humaine ou animale ainsi que de produits issus de ceux-ci (transplants standardisés) destinés à être transplantés sur l'être humain (art. 2 al. 1). La Confédération crée un service national des attributions (art. 19 al. 1) – Swisstransplant – qui tient notamment une liste des personnes en attente d'une transplantation d'organe (liste d'attente [art. 19 al. 2 let. a de la loi sur la transplantation en lien avec l'art. 38 al. 1 de l'ordonnance sur l'attribution d'organes]). La liste est ouverte aux personnes visées à l'art.

C-2635/2021 Page 15 17 al. 2 (art. 21 al. 1, 1ère phrase), soit notamment aux personnes domiciliées en Suisse (art. 17 al. 2 let. a). Le médecin traitant doit communiquer dans les meilleurs délais à un centre de transplantation le nom du patient pour lequel une transplantation est médicalement indiquée, le consentement écrit de cette personne étant requis. La communication doit également avoir lieu si le patient subit une thérapie de remplacement (art. 20). Les centres de transplantation désignent les personnes qui sont inscrites sur la liste d'attente et celles qui en sont radiées. Leurs décisions se fondent uniquement sur des raisons médicales. L'art. 17 al. 1 – non-discrimination – est applicable par analogie (art. 21 al. 2). Les centres de transplantation communiquent leurs décisions avec les données nécessaires au service national des attributions (art. 21 al. 3). Le Conseil fédéral décrit précisément a) les raisons médicales visées à l'al. 2, b) les données nécessaires visées à l'al. 3 (art. 21 al. 4). 4.2 4.2.1 Donnant suite à la délégation de compétence prévu par l'art. 21 al. 4 let. a de la loi sur la transplantation, le Conseil fédéral a établi l'ordonnance du 16 mars 2007 sur l'attribution d'organes destinés à une transplantation (ordonnance sur l'attribution d'organes [RS 810.212.4]). Aux termes de celle-ci, les patients sont inscrits sur la liste d'attente (art. 3 al. 1) : a. si la transplantation répond à une indication médicale ; b. si aucune contre-indication médicale durable ne s'y oppose, et c. si aucune autre raison médicale n'est susceptible de menacer le succès de la transplantation. L'inscription du patient sur la liste d'attente présuppose l'accord écrit de celui-ci (art. 3 al. 2). Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) peut fixer les indications et contre-indications médicales à une transplantation (art. 3 al. 3). Un patient est immédiatement radié de la liste d'attente lorsqu'il cesse de remplir les conditions visées aux art. 3 et 4 (art. 5). Les centres de transplantation statuent, sous la forme d'une décision sujette à recours, sur l'inscription d'un patient sur la liste d'attente et sur sa radiation de cette liste (art. 6 al. 1). 4.2.2 Le rapport explicatif du projet d'ordonnance sur l'attribution

d'organes précise que « [s]eules les contre-indications durables justifient le refus

C-2635/2021 Page 16 d'une inscription sur la liste d'attente. Une contre-indication provisoire, comme une affection bénigne, ne constitue pas un critère valable pour refuser l'inscription d'un patient sur la liste d'attente. En outre, même lorsqu'il existe une indication médicale à la transplantation et que le patient ne présente aucune contre-indication médicale durable, il est possible que la réussite de la transplantation soit menacée par l'état du patient (al. 1, let. c). C'est aux médecins traitants du centre de transplantation d'évaluer la situation et de déterminer, au vu de l'affection du patient et de son état de santé, si une transplantation permettra de supprimer le problème pour une durée raisonnable. Si tel n'est pas le cas et que, par exemple, l'état de santé du patient est tellement mauvais qu'il ne survivra probablement que très peu de temps à la transplantation, le médecin doit renoncer à l'inscrire sur la liste d'attente. Il ressort déjà de la [loi sur la transplantation] que des critères autres que médicaux ne doivent pas entrer en ligne de compte dans la décision d'inscrire un patient sur liste d'attente. [...] Les conditions d'inscription sur la liste d'attente sont présentées de manière exhaustive à l'al. 1. Tous les patients qui remplissent ces conditions sont en droit d'être inscrits sur la liste. En cas de décision négative, ils peuvent recourir contre cette dernière » (cf. Rapport explicatif du projet d'ordonnance sur l'attribution d'organes destinés à une transplantation ad art. 3, consultable sous : www.fedlex.admin.ch > Procédures de consultation > Procédures de consultation terminées > 2005 > Procédure de consultation 2005/30 > Rapport 1 [site consulté en janvier 2022]). 4.2.3 Le Département fédéral de l'intérieur n'a pas fait usage de la délégation de compétence qui lui a été conférée, si bien qu'il n'y a, à ce jour, pas de liste définissant les indications et contre-indications médicales à une transplantation respectivement les critères permettant de prétendre à une inscription sur la liste d'attente. Aussi n'y a-t-il pas non plus de liste déterminant les critères d'exclusion à l'inscription sur la liste d'attente. Il suit de là que la décision d'inscrire ou non un patient sur la liste d'attente relève de l'appréciation des centres de transplantation, de sorte que le tribunal fera en l'espèce preuve de retenue dans l'exercice de son pouvoir d'examen (cf. consid. 2 supra).

4.3 4.3.1 Selon le Message du Conseil fédéral du 12 septembre 2001 concernant la loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules, nul ne peut être discriminé au stade de l'admission sur la liste

C-2635/2021 Page 17 d'attente. Ainsi notamment l'origine, la race, le sexe, l'âge, la langue, la position sociale, les convictions philosophiques ou religieuses ou encore une déficience corporelle, mentale ou psychique ne sauraient entrer en ligne de compte lors de l'inscription sur la liste d'attente (cf. FF 2002 19, p. 146). C'est en premier lieu le médecin traitant qui est responsable quant à savoir si une transplantation est indiquée chez un patient. S'il parvient à cette conclusion, il doit inscrire le patient auprès d'un centre de transplantation. Une discussion avec le corps médical du centre permettra de décider de l'admission du patient sur la liste d'attente. La décision d'admettre un patient sur la liste d'attente ou de l'en radier ne peut être fondée que sur des raisons médicales. A ce stade, il s'agit uniquement de déterminer si une transplantation est indiquée du point de vue médical et si, éventuellement, il existe des raisons d'ordre médical qui s'opposent à une telle intervention. Pour répondre à cette question, l'on doit forcément examiner si l'état de santé général du patient permet d'escompter le succès d'une transplantation à long terme. Comme dans le cas de l'attribution, nul ne peut être discriminé au stade de l'admission sur la liste d'attente. Si l'admission des patients sur la liste d'attente n'a pas lieu selon des critères uniformes,

cela peut avoir des effets discriminatoires. Tel peut être le cas lorsque le patient a été inscrit trop tôt sur la liste parce que le délai d'attente est aussi un critère d'attribution. Dans le cas du rein, c'est l'effet inverse qui peut se produire parce que le patient, tout d'abord traité uniquement par dialyse, n'est admis que relativement tard dans la liste d'attente. Les principes fixés à l'al. 1 [correspondant à l'art. 21 al. 2 de la loi sur la transplantation] ne suffisent pas à garantir que de telles décisions soient arrêtées selon des pratiques uniformes. Aussi, le Conseil fédéral doit-il préciser les raisons médicales mentionnées à l'al. 1 [correspondant à l'art. 21 al. 2 de la loi sur la transplantation]. Il définira notamment les états pathologiques justifiant l'admission sur la liste d'attente. Les patients dont la maladie correspond à l'un ou l'autre de ces états pourront donc prétendre à leur admission dans ladite liste (cf. FF 2002 19, p. 150 ss).

4.3.2 Dans le cadre de l'élaboration de la loi sur la transplantation, le Conseil fédéral a observé que, dans la pratique, les critères déterminants pour une mise en liste étaient les suivants (cf. message précité, FF 2002 19, p. 94) : – L'existence d'une indication médicale manifeste: un organe vital (poumon, cœur, foie, pancréas, rein) doit avoir subi une lésion définitive telle que sans remplacement de cet organe à court terme, le patient risque de décéder. La transplantation doit être la seule thérapie appropriée à l'état de santé du patient ou, du moins, la plus efficace.

C-2635/2021 Page 18 – L'absence de sévères contre-indications médicales qui pourraient compromettre le succès de la transplantation ou y faire totalement obstacle. Par exemple, le patient ne doit pas souffrir d'une infection qui, sous l'effet du traitement aux immunosuppresseurs qui fait obligatoirement suite à la transplantation, pourrait se réveiller ou prendre des formes mortelles. Il est vrai qu'un traitement préopératoire permet d'atténuer voire d'éradiquer une partie des contre-indications. – Il faut que l'état de santé psychique du patient permette d'escompter qu'après la transplantation, celui-ci prenne régulièrement les médicaments immunosuppresseurs qui contribuent de manière décisive à assurer le succès de l'intervention. – L'âge du patient est également pris en compte puisque l'on sait que plus une personne vieillit plus elle risque de cumuler les contre-indications. – Le patient doit obligatoirement avoir son domicile en Suisse; sont donc admis dans la liste d'attente les ressortissants suisses, les étrangers domiciliés en Suisse et les frontaliers qui travaillent en Suisse. – Le patient doit avoir été dûment informé de la procédure, des risques et des thérapies alternatives et avoir consenti à son inscription sur la liste d'attente.

4.3.3 Pour sa part, le Comité médical de Swisstransplant – organe spécialisé dans les questions médicales et composé de représentants des centres de transplantation qui a pour mission de coordonner les activités des centres ainsi que de résoudre des problèmes d'ordre médical (cf. message précité, FF 2002 19, p. 46) – a édicté plusieurs principes généraux de mise en liste ainsi qu'une liste des contre-indications temporaires à une transplantation, précisant que celles-ci ne valaient que pour les patients déjà inscrits sur la liste d'attente et dont l'état de santé ne leur permettait temporairement pas d'être transplantés (cf. arrêt C- 4780/2019 du 1er mars 2021 consid. 3.3.3.1).

4.3.4 Quant à l'USZ, « Folgende Erkrankungen erlauben keine Behandlung durch eine Transplantation : Alle Patienten, die an einem aktiven Krebs leiden (z.B. der Lunge) aber auch schwere nicht behandelbare Erkrankungen anderer Organe wie z.B. des Herzens und der Leber » [Les maladies suivantes ne permettent pas de traitement par transplantation : tous les patients souffrant d'un cancer actif (p. ex. du poumon) ou de maladies graves non traitables affectant d'autres organes comme le cœur et le foie] (consultable sous : www.transplantation.usz.ch)

C-2635/2021 Page 19 > Therapieangebote > Lungentransplantation [site consulté en janvier 2022]). 4.3.5 Enfin, tant Swisstransplant que l'autorité inférieure se réfèrent à une publication intitulée « A consensus document for the selection of lung transplant candidates : 2014 – An update from the Pulmonary Transplantation Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation [ISHLT] », listant un certain nombre de contre-indications « absolues » et « relatives » à une transplantation pulmonaire. En particulier, il y est fait mention des contre-indications absolues suivantes : « Significant chest wall or spinal deformity expected to cause severe restriction after transplantation [déformation importante de la paroi thoracique ou de la colonne vertébrale susceptible de provoquer de sévères restrictions après la transplantation] » et « Current non-adherence to medical therapy or a history of repeated or prolonged episodes of non-adherence to medical therapy that are perceived to increase the risk of non-adherence after transplantation [non-adhésion actuelle à un traitement médical ou antécédents d'épisodes répétés ou prolongés de non-adhésion à un traitement médical qui sont perçus comme augmentant le risque de non-adhésion après la transplantation] » (cf. arrêt C-4780/2019 du 1er mars 2021 consid. 3.3.5).

4.4 Par souci d'exhaustivité, la Cour de céans ajoute, à propos de l'attribution d'organes entre plusieurs patients inscrits sur la liste d'attente, que nul ne doit être discriminé lors de l'attribution d'un organe et nul ne peut se prévaloir d'un droit à l'attribution d'un organe (art. 17 al. 1 et 4 de la loi sur la transplantation).

4.4.1 En particulier, les critères suivants doivent être pris en considération (art. 18 al. 1 de la loi sur la transplantation) : a. l'urgence médicale de la transplantation ; b. l'efficacité de la transplantation du point de vue médical ; c. le délai d'attente. Lors de l'attribution, les patients qui, en raison de leurs caractéristiques physiologiques, doivent s'attendre à un très long délai d'attente aient la même probabilité de recevoir un organe que ceux qui ne présentent pas ces caractéristiques (art. 18 al. 2 de la loi sur la transplantation). Le Conseil fédéral détermine l'ordre dans lequel les critères doivent être appliqués ou les pondère (art. 18 al. 3 de la loi sur la transplantation).

4.4.2 Donnant suite à cette délégation, le Département fédéral de l'intérieur a édicté l'ordonnance du 2 mai 2007 sur l'attribution d'organes destinés à une transplantation [ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes, RS 810.212.41] déterminant les critères suivants à l'attribution d'un poumon entre plusieurs patients inscrits sur la liste d'attente : – En première priorité, le poumon est attribué à un patient qui est exposé à un risque de mort immédiate s'il ne bénéficie pas d'une transplantation (art. 16 al. 1 de l'ordonnance sur l'attribution d'organe). Le DFI fixe les conditions qui déterminent l'existence d'une urgence médicale, ainsi que sa durée (art. 16 al. 2 de l'ordonnance sur l'attribution d'organe). Est notamment considéré comme exposé à un risque de mort immédiate le patient pour lequel une ventilation assistée invasive en unité de soins intensifs est indispensable (art. 7 al. 1 de l'ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes). L'urgence médicale dure 28 jours. Elle est prolongée tous les 28 jours lorsqu'elle est confirmée par le centre de transplantation compétent (art. 7 al. 2 de l'ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes). – En deuxième priorité, le poumon est attribué au patient pour lequel la transplantation laisse présumer la plus grande efficacité du point de vue médical (art. 17 al. 1 de l'ordonnance sur l'attribution d'organes). Lorsqu'il n'y a pas urgence médicale, le poumon est attribué : a.) en premier lieu à un patient pour lequel une transplantation combinée cœur-poumon est nécessaire; b.) en deuxième lieu à un patient souffrant d'hypertension pulmonaire; c.) en troisième lieu à un patient de moins de 40 ans, si le donneur est âgé de moins de 40 ans; d.) en quatrième lieu à un patient atteint d'une fibrose pulmonaire (art. 8 al. 1 de l'ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes). –

Lorsque le degré de priorité est le même pour plusieurs patients, le poumon est attribué: a.) en premier lieu à un patient pour lequel une transplantation multiple est indiquée, conformément à l'art. 11 de l'ordonnance sur l'attribution d'organes;

C-2635/2021 Page 21 b.) en deuxième lieu à un patient en soins intensifs placé sous oxygénation par membrane extracorporelle et sous ventilation mécanique invasive; c.) en troisième lieu à un patient de groupe sanguin 0 ou B, si le donneur est de groupe sanguin 0; d.) en quatrième lieu au patient qui attend la transplantation depuis le plus longtemps (art. 9 al. 1 de l'ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes). – Lorsqu'il y a urgence médicale pour plusieurs patients au sens de l'art. 7, al. 1, le poumon est attribué au patient pour lequel l'urgence médicale est la plus grande. Lorsque l'urgence médicale est la même pour plusieurs patients, le poumon est attribué selon l'ordre de priorité défini à l'al. 1 (art. 9 al. 2 de l'ordonnance du DFI sur l'attribution d'organes). 4.4.3 Les Directives de l'Académie suisse des sciences médicales précisent que tout patient dont la maladie peut être guérie ou atténuée durablement au moyen d'une transplantation d'organe a droit à la greffe d'un organe devenu disponible. Les organes doivent être attribués sur la base de critères médicaux et conformément aux principes de l'égalité de traitement et de l'équité (FF 2002 19, ch. 1.1.5.3.1 p. 55). Relevant de l'éthique professionnelle, ces directives sont dépourvues de force contraignante (FF 2002 19, ch. 1.1.5.3.6 p. 58).

E. 5.1

Aux termes de la décision litigieuse prononcée le 4 mai 2021, l'autorité inférieure a refusé d'inscrire le recourant sur la liste d'attente compte tenu de deux contre-indications médicales qu'elle considère comme absolues.

E. 5.1.1

La première contre-indication médicale retenue porte sur une déformation marquée de la cage thoracique et de la colonne vertébrale qui, de l'avis de l'autorité inférieure, laisse craindre une grave restriction de la fonction pulmonaire après la transplantation. L'autorité inférieure explique qu'au moment de subir la première transplantation bi-pulmonaire en 2010, la cage thoracique et la colonne vertébrale du recourant n'étaient pas encore déformées. Suite à la spondylodèse réalisée en 2013, sa cage thoracique et sa colonne vertébrale avaient été stabilisées au moyen de matériel étranger à son corps. Le thorax du recourant avait été significativement modifié ce qui rendait une éventuelle re-transplantation beaucoup plus compliquée techniquement. Des difficultés supplémentaires liées à la forte dilution du sang et l'utilisation machine cœur-poumon ou l'oxygénation par

C-2635/2021 Page 22 membrane extracorporelle, indispensables durant l'opération, devaient encore être prises en compte. Finalement, toujours selon l'autorité inférieure, la re-transplantation, si elle réussissait, serait ensuite associée à une forte limitation de la fonction pulmonaire.

E. 5.1.2

La seconde contre-indication médicale opposée au recourant repose sur l'existence actuelle d'une non-adhésion à la thérapie médicale laissant apparaître un risque accru de non-adhésion après la re-transplantation. L'autorité inférieure explique que depuis la dernière évaluation effectuée le

E. 5.2

Le recourant conteste la décision précitée, concluant à l'annulation de celle-ci et à ce que la cause soit renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

E. 5.2.1

Dans un premier grief, il reproche à l'autorité inférieure d'avoir procédé à une constatation inexacte des faits. En particulier, celle-ci aurait retenu à tort qu'il existait actuellement une non-adhésion à la thérapie médicale, contestant avoir refusé de poursuivre le traitement et expliquant qu'il

C-2635/2021 Page 23 ne s'est pas rendu aux séances de photophérèse en raison de la pandémie.

E. 5.2.2

Dans un deuxième grief, le recourant considère que les critères retenus par l'autorité inférieure pour justifier son refus de l'inscrire sur la liste d'attente – déformation importante de la cage thoracique et non-adhésion au traitement médical – sont inopportuns. S'agissant de la déformation de la cage thoracique, il expose avoir subi une opération en 2013 dans le but de corriger une scoliose neuromusculaire. Celle-ci était toujours visible du côté gauche mais parfaitement stabilisée et n'était pas appelée à s'aggraver. Rien n'indiquait que la scoliose aurait provoqué ni même aggravé le rejet de son greffon. Dans le cas contraire, les médecins traitant sa scoliose lui auraient proposé de le réopérer, ce qu'ils n'avaient pas fait. De plus, la scoliose n'entravait nullement sa respiration et sa pratique quotidienne du sport. Les difficultés respiratoires dont il souffrait découlaient du rejet du greffon huit années après la transplantation. Enfin, la déformation thoracique constituait un diagnostic connu depuis au moins 2013 et n'avait pas empêché l'autorité inférieure d'initier un bilan pré-greffe et de lui proposer deux séjours de réhabilitation. Aussi bien conclut-il que la déformation de la cage thoracique ne constitue pas un critère opportun pour justifier du refus de l'inscrire sur la liste d'attente. Quant à la non-adhésion au traitement médical, il considère que ce motif n'est pas pertinent puisqu'il ne permet pas d'évaluer le caractère durable des contre-indications médicales qui lui sont opposées. En particulier, il conteste que son refus de se vacciner contre la covid-19, celui de suivre une psychothérapie, de même que ses manquements – en deux ans – à huit séances ambulatoires de photophérèse constituent des contre-indications durables à une inscription sur la liste d'attente.

E. 5.2.3

Le recourant se plaint également d'une violation des art. 18 de la loi sur la transplantation et 3 de l'ordonnance sur l'attribution d'organes. Il fait valoir que la plupart des spécialistes ayant pris part aux colloques tenus entre le 28 août 2018 et le 12 septembre 2018 se sont prononcés favorablement à son inscription sur la liste d'attente et que ces avis auraient été plus nombreux s'ils avaient été exprimés à l'issue de son séjour en réhabilitation effectué du 8 octobre au 16 novembre 2018 au cours duquel il avait repris des forces et pratiqué une activité physique régulière, de sorte que sa condition physique se révélait d'autant plus propice à son inscription sur la liste d'attente. Depuis ce séjour, son état de santé était stable, de sorte qu'aucune aggravation ne venait légitimer les contre-indications retenues.

C-2635/2021 Page 24

E. 5.2.4

Le recourant soutient de plus que l'autorité inférieure a violé le droit à la vie (art. 10 al. 1 Cst.), l'égalité de traitement (art. 8 al. 1 Cst.) ainsi que l'interdiction de toute forme de discrimination (art. 8 al. 2 Cst.) en lui dé-niant, sur la base de contre-indications découlant de sa paraplégie, toute possibilité d'être transplanté un jour. Dans la mesure où les critères retenus ne constituaient pas des contre-indications médicales faisant catégorique-ment obstacle à une transplantation, il appartenait à l'autorité inférieure d'adapter les critères d'inscription aux conditions spécifiques d'un patient paraplégique. A défaut, l'autorité inférieure portait préjudice de manière dis-criminatoire aux personnes handicapées en leur appliquant, sans adapta-tion préalable, des critères déterminés sur la base de sujets bien portants.

E. 5.2.5

Enfin, le recourant rappelle que la décision litigieuse ne porte pas sur l'attribution d'un organe mais sur l'inscription d'un sujet sur la liste d'attente, qu'il a un besoin vital d'être transplanté et que le traitement par photophé-rèse ne permet de ralentir un rejet complet des poumons greffés en 2010 que sur une période limitée.

6. 6.1 La décision litigieuse prononcée le 4 mai 2021 fait suite à un arrêt de renvoi C-4780/2019 rendu le 1er mars 2021 par le Tribunal administratif fé-déral. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (applicable par analogie au Tribunal administratif fédéral [cf. arrêt du TAF F-4754/2019 du 1er no-vembre 2021 consid. 4.4]), le principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi dé-coule du droit fédéral non écrit (ATF 143 IV 214 consid. 5.3.3). Conformé-ment à ce principe, l'autorité cantonale à laquelle la cause est renvoyée par le Tribunal fédéral est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du Tribunal fédéral. Elle est ainsi liée par ce qui a déjà été définitivement tranché par le Tribunal fédéral et par les cons-tatations de fait qui n'ont pas été attaquées devant lui ou l'ont été sans succès (ATF 143 IV 214 consid. 5.2.1 ; 131 III 91 consid. 5.2 ; arrêt du TF 6B_1231/2020 du 12 mai 2021 consid. 1.3.1). La motivation de l'arrêt de renvoi détermine dans quelle mesure la cour cantonale est liée à la pre-mière décision, prononcé de renvoi qui fixe aussi bien le cadre du nouvel état de fait que celui de la nouvelle motivation juridique ; les faits nouveaux ne peuvent être pris en considération que sur les points ayant fait l'objet du renvoi, lesquels ne peuvent être ni étendus, ni fondés sur une base juri-dique nouvelle (ATF 135 III 334 consid. 2 p. 335; arrêt du TF 6B_1231/2020 du 12 mai 2021 consid. 1.3.1).

C-2635/2021 Page 25 6.2 En l'occurrence, par arrêt de renvoi C-4780/2019, le Tribunal adminis-tratif a annulé la décision du 19 juillet 2019 prononçant un premier refus d'inscrire le recourant sur liste d'attente et a invité l'autorité inférieure à rendre une nouvelle décision après avoir préalablement réexaminé si les trois contre-indications médicales opposées au patient (déformation mar-quée de la cage thoracique sur status post spondylodèse, malnutrition et grave insuffisance pondérale [indice de masse corporelle < 15 kg/m²], dé-conditionnement prononcé lié à une faiblesse musculaire généralisée) re-vêtaient ou non un caractère durable et si aucune autre raison médicale n'était susceptible de menacer le succès de la transplantation.

6.2.1 A l'appui de son dispositif, le Tribunal a considéré que la déformation marquée de la cage thoracique n'avait pas été considérée d'emblée comme constituant une contre-indication absolue à une re-transplantation pulmonaire. Nonobstant ce diagnostic connu depuis 2013 au moins, l'auto-rité inférieure avait en effet initié un bilan pré-greffe et proposé au recourant deux séjours de réhabilitation dans le but d'améliorer ses capacités en vue d'une éventuelle re-transplantation. Les spécialistes en chirurgie du thorax avaient indiqué à l'issue du colloque interdisciplinaire du 27 novembre

2018 qu'une re-transplantation pulmonaire était certes difficile et serait un défi, mais néanmoins techniquement praticable malgré la scoliose. Les spécialistes en dermatologie, otorhinolaryngologie et néphrologie n'avaient soulevé aucune réserve relative à une re-transplantation pulmonaire à l'issue du séjour d'évaluation effectué à l'USZ du 28 août au 13 septembre 2018. Le spécialiste en anesthésiologie avait envisagé le risque accru de complications péri-opératoires, mais considéré que le patient était en principe apte à supporter une anesthésie. Dans ces circonstances, ce critère d'exclusion ne pouvait être opposé au recourant sans autres explications sur ce revirement (cf. arrêt C-4780/2019 précité consid. 5.2). 6.2.2 S'agissant de la malnutrition ainsi que de la grave insuffisance pondérale (indice de masse corporelle [IMC] < 15 kg/m²), il était apparu au Tribunal qu'à l'issue d'un séjour de réhabilitation effectué du 8 octobre au 16 novembre 2018, l'IMC du recourant était passé de 15.58 kg/m² à 16.8 kg/m², de même que son état de santé et son potentiel de réhabilitation s'étaient améliorés. En opposant au recourant un état de malnutrition et une grave insuffisance pondérale fondée sur un indice de masse corporelle [IMC] < 15 kg/m², l'autorité inférieure s'était fondée sur une valeur erronée, dès lors que le recourant présentait un IMC de 15.58 kg/m² à tout le moins. De manière contradictoire, elle avait considéré que le recourant restait significativement en insuffisance pondérale, alors même que le rapport de sortie du centre de réhabilitation avait évoqué un « leichtes Untergewicht

C-2635/2021 Page 26 [une légère insuffisance pondérale] ». En outre, l'autorité inférieure avait opposé au recourant atteint de paraplégie, sans distinction ni autre considération, un IMC de référence de 18,5 kg/m² applicable aux sujets bien-portants. Elle n'exposait pas les raisons médicales pour lesquelles, le cas échéant, l'atrophie des membres inférieurs du recourant ne pouvait justifier un abaissement correspondant du seuil d'IMC de référence (18,5 kg/m²). A cet égard, l'indication lapidaire selon laquelle avec un IMC inférieur à 17 kg/m², le recourant demeurait significativement en insuffisance pondérale même en tenant compte de sa paraplégie, ne constituait pas une motivation suffisante. 6.2.3 Enfin, le Tribunal a reproché à l'autorité inférieure de n'avoir pas expliqué en quoi le déconditionnement musculaire des membres inférieurs était susceptible de constituer une contre-indication à une transplantation pulmonaire (cf. arrêt C-4780/2019 précité consid. 5.3.2). 6.2.4 Cela étant, le Tribunal a considéré qu'il n'était pas en mesure de confirmer que les trois contre-indications médicales susmentionnées faisaient totalement et définitivement obstacle à une inscription du recourant sur la liste d'attente. Il appartenait par conséquent à l'autorité inférieure de réexaminer si les trois contre-indications médicales susmentionnée revêtaient ou non un caractère durable au sens de l'art. 3 al. 1 let. b de l'ordonnance sur l'attribution d'organes et si aucune autre raison médicale n'était susceptible de menacer le succès de la transplantation au sens de l'art. 3 al. 1 let. c de l'ordonnance sur l'attribution d'organes, puis d'exposer dûment son point de vue dans une nouvelle décision (cf. arrêt C-4780/2019 précité consid. 5.5). 6.3 Donnant suite à cet arrêt, l'autorité inférieure a prononcé le 4 mai 2021 la décision litigieuse, refusant derechef d'inscrire le recourant sur la liste d'attente à raison d'une part d'une déformation marquée de la cage thoracique et de la colonne vertébrale qui laisse craindre une grave restriction respiratoire après la transplantation pulmonaire, d'autre part d'une non-adhésion actuelle à la thérapie médicale qui laisse apparaître un risque accru de non-adhésion après la re-transplantation, considérées comme contre-indications médicales absolues (TAF pce 1, annexe 13). 6.3.1 D'emblée, le Tribunal observe que deux des contre-indications retenues dans la décision du 19 juillet 2019 (malnutrition et grave insuffisance pondérale, ainsi que

déconditionnement prononcé lié à une faiblesse musculaire généralisée) ne le sont plus dans la décision litigieuse du 4 mai 2021. Or, l'autorité inférieure a été invitée par l'arrêt de renvoi C-4780/2019

C-2635/2021 Page 27 à motiver son appréciation selon laquelle aucune amélioration potentielle de l'état de santé du recourant n'était à attendre, cela alors même que la prise de poids ainsi que les progrès musculaires enregistrés lors du séjour en réhabilitation effectué du 8 octobre au 16 novembre 2018 ne permettaient pas d'exclure une évolution favorable de l'insuffisance pondérale et du déconditionnement musculaire (cf. rapport de sortie du centre de réhabilitation du 26 novembre 2018 [TAF pce 1, annexe 4]). Elle passe ainsi sous silence l'apparente contradiction entre son appréciation de l'état de santé du recourant et celle ressortant du rapport de sortie du centre de réhabilitation. L'autorité inférieure ne s'est pas davantage exprimée au sujet de la valeur erronée d'IMC opposée au recourant ni au sujet de l'application à ce dernier, malgré sa paraplégie, d'un IMC de référence de 18,5 kg/m² applicable aux sujets bien-portants. L'USZ n'a pas non plus expliqué en quoi le déconditionnement musculaire des membres inférieurs était susceptible de constituer une contre-indication à une transplantation pulmonaire. A cet égard, la note interne établie à l'occasion d'un colloque tenu le 27 avril 2021 aux termes de laquelle les nouvelles contre-indications retenues ont été jugées « höher gewertet [plus importantes] » que la malnutrition et la grave insuffisance pondérale ainsi que le déconditionnement prononcé lié à une faiblesse musculaire généralisée ne saurait constituer une motivation suffisante (cf. note interne du 27 avril 2021 du Dr R. _____ [médecin-chef du programme de transplantation pulmonaire ; TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 1, p. 38]). Ainsi, l'autorité inférieure n'a non seulement pas satisfait aux réquisits mentionnés de l'arrêt de renvoi C-4780/2019, mais elle a de surcroît écarté deux contre-indications précédemment opposées au recourant sans exposer à ce dernier les motifs pour lesquels la malnutrition, la grave insuffisance pondérale ainsi que le déconditionnement prononcé lié à une faiblesse musculaire généralisée n'étaient désormais plus constitutifs d'une contre-indication médicale absolue à une re-transplantation pulmonaire. Compte tenu de ce grief déjà, il convient d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure afin qu'elle s'exprime dûment sur ces points conformément à l'arrêt de renvoi C-4780/2019. 6.3.2 S'agissant de la contre-indication afférant à la déformation marquée de la cage thoracique et de la colonne vertébrale, l'USZ explique dans la décision litigieuse que cette dernière a été stabilisée chirurgicalement au moyen de matériel étranger au corps et que ni les déformations ni le matériel étranger n'étaient préexistants à la transplantation de 2010. Ces déformations avaient significativement modifié l'anatomie du thorax, de manière qu'une nouvelle intervention chirurgicale sur une cage thoracique

C-2635/2021 Page 28 ayant subi plusieurs opérations préalables se révélait particulièrement difficile. Hormis les complications techniques liées à une re-transplantation pulmonaire sur une anatomie du thorax et de la colonne vertébrale altérée, il fallait en outre tenir compte des difficultés résultant de la forte dilution du sang nécessaire pendant l'intervention chirurgicale, ainsi que des problèmes de canulation liés à l'utilisation de la machine cœur-poumon ou de l'oxygénation par membrane extracorporelle auxquelles il faudrait impérativement recourir durant l'intervention. En cas de survie à la transplantation pulmonaire, celle-ci serait associée, en post-transplantation, à une importante restriction de la fonction pulmonaire. Ce faisant, l'autorité inférieure décrit les impératifs techniques et médicaux pour lesquels elle estime que la déformation marquée de la cage thoracique et de

la colonne vertébrale constitue une contre-indication absolue à une re-transplantation pulmonaire sur le recourant. Pour autant, elle ne répond pas aux interrogations de l'arrêt de renvoi C-4780/2019 qui l'invitait à motiver son revirement de position au sujet de cette contre-indication. Le 14 septembre 2018, l'autorité inférieure a en effet qualifié la déformation de la cage thoracique et de la colonne vertébrale de contre-indication relative et a proposé au recourant un séjour de réhabilitation dans le but d'améliorer ses capacités en vue d'une éventuelle re-transplantation (cf. rapport de sortie de la Clinique de pneumologie de l'USZ du 14 septembre 2018 [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 6 à 19]). Le 27 novembre 2018, elle s'est limitée à qualifier la déformation de la cage thoracique et de la colonne vertébrale de contre-indication « au moins relative » et a ajouté que le patient était opérable même si le rapport bénéfice-risque devait encore être discuté (cf. prise de position médicale du 16 octobre 2019 de la Clinique de pneumologie de l'USZ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 113]). Le 3 décembre 2018, elle a expliqué que la décision de ne pas inscrire le recourant sur la liste d'attente ne découlait pas uniquement de la déformation de la cage thoracique et de la colonne vertébrale mais d'une situation d'ensemble jugée trop risquée (cf. note interne du 4 décembre 2018 du Dr Q. _____ [spécialiste en pneumologie à l'USZ ; TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 124]). Le 4 décembre 2018, elle a une nouvelle fois précisé qu'une inscription sur la liste d'attente pourrait éventuellement être rediscutée si l'amélioration des performances physiques et du poids se poursuivaient (cf. prise de position médicale du 16 octobre 2019 de la Clinique de pneumologie de l'USZ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 114]). Le 19 mars 2019, elle a souligné que le refus d'inscrire le recourant sur la liste d'attente découlait de son évolution stationnaire et de l'absence de potentiel d'amélioration (cf. note interne du 19 mars 2019 du Dr Q. _____ [spécialiste en pneumologie à l'USZ ; TAF pce C-2635/2021 Page 29 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 126]). Le 30 mars 2021, elle a informé le recourant qu'il lui appartenait de se plier à ses instructions s'il souhaitait bénéficier d'une re-transplantation – sous-entendant ainsi qu'une opération n'était pas totalement exclue – avant d'ajouter de manière contradictoire que la déformation de la cage thoracique et de la colonne vertébrale constituait une contre-indication absolue (cf. note interne du 30 mars 2021 du Dr R. _____ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 1, p. 41 à 42]). A la lecture de ce qui précède, il apparaît que la déformation de la cage thoracique et de la colonne vertébrale a été initialement considérée par l'autorité inférieure comme constitutive d'une contre-indication relative n'interdisant pas de manière irrémédiable une re-transplantation si les capacités du recourant venaient à s'améliorer. Sans explication dûment motivée, l'on peine dès lors à suivre l'autorité inférieure lorsque dans sa décision du 19 juillet 2019, elle qualifie impromptue la déformation thoracique de contre-indication absolue interdisant toute opération (TAF pce 1, annexe 1). L'explication sommaire selon laquelle elle s'était efforcée de laisser une chance à la re-transplantation malgré la déformation de la cage thoracique et de la colonne vertébrale ne suffit pas à expliquer à satisfaction un pareil contre avis médical (cf. courrier du 7 janvier 2020 de la Clinique de pneumologie de l'USZ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 1, p. 53 à 54]). Force est ainsi de constater qu'au mépris de l'arrêt de renvoi C-4780/2019, la décision litigieuse du 4 mai 2021 se borne à décrire les obstacles techniques à une re-transplantation sans pour autant dûment expliquer les raisons pour lesquelles la déformation marquée de la cage thoracique et de la colonne vertébrale qui n'a pas été d'emblée retenue comme constitutive d'une contre-indication absolue à la re-transplantation pulmonaire, le serait devenue par la suite. Compte tenu de ce grief également, il convient d'annuler la décision litigieuse et de

renvoyer le dossier à l'autorité inférieure afin qu'elle s'exprime sur ce point. 6.3.3 6.3.3.1 Enfin, l'autorité inférieure reproche au recourant une prétendue non-adhésion actuelle à la thérapie médicale laissant apparaître un risque accru de non-adhésion après la re-transplantation. Elle explique que depuis la dernière évaluation effectuée le 7 janvier 2020, cette non-adhésion, moins marquée auparavant, est devenue problématique dans le cadre de la pandémie. En effet, le patient a soit omis soit refusé, de manière répétée et sans préavis en temps voulu le service de dermatologie de l'USZ, de

C-2635/2021 Page 30 se présenter aux séances (nécessaires) de traitement du rejet par photophérèse. Seules quatre séances sur les neuf prévues ont été honorées en 2020, tandis qu'aucune des quatre séances prévues en 2021 n'a été effectuée. Ces déflections aux séances de photophérèse extracorporelle ont conduit la Dresse G. _____ (spécialiste en dermatologie) à adresser le 28 avril 2020 un courrier au patient, pour avoir omis d'annuler des thérapies complexes ou l'avoir fait dans un délai trop court. Le service de transplantation pulmonaire a pourtant informé le patient que ces thérapies étaient nécessaires et qu'il devait les suivre malgré ses craintes d'être infecté par la covid-19. En outre, le patient n'a pas recouru à l'appareil de respiration nocturne BiPAP, contrairement à ce qui lui avait été recommandé. Il n'a pas donné suite à la recommandation, pourtant clairement indiquée, de se faire vacciner contre la covid-19. Son refus répété de recourir à un soutien psychologique ou psychiatrique et le manque de coopération de sa mère ne permettent pas aux médecins de déterminer si ce comportement résulte d'un problème médical susceptible d'être traité, de même qu'ils empêchent le patient de bénéficier du soutien nécessaire, étant précisé que les troubles psychiatriques entraînant des problèmes persistants d'adhésion au traitement constituent également une contre-indication absolue à la transplantation pulmonaire. 6.3.3.2 Le recourant fait valoir que l'autorité inférieure aurait retenu à tort qu'il existe actuellement une non-adhésion à la thérapie médicale. Il conteste fermement avoir refusé de poursuivre le plan de traitement prévu et explique que ses huit absences aux séances ambulatoires de photophérèse en deux ans sont justifiées non pas en raison d'un problème psychologique comme évoqué par l'autorité inférieure, mais en raison de la pandémie car il lui était alors difficile de se déplacer jusqu'à Zurich depuis son domicile (...). Il ajoute que ces absences ne constituent pas un critère médical mais une simple inobservance de la réglementation régissant l'annulation d'un rendez-vous. Enfin, il conteste que son refus de se faire vacciner contre la covid-19, celui de suivre une psychothérapie, de même que ses manquements – en deux ans – à huit séances ambulatoires de photophérèse constituent des contre-indications à une inscription sur la liste d'attente. 6.3.3.3 Il est établi que le recourant a été hospitalisé le 19 mai 2010 en raison de l'aggravation de l'hypertension pulmonaire idiopathique et qu'il a été transplanté avec succès les 10 et 12 août 2010. Dans le cadre des examens médicaux qui ont précédé la transplantation, il a été victime d'un arrêt cardio-respiratoire ayant entraîné une paraplégie des membres inférieurs puis une scoliose neuromusculaire. Afin de traiter celle-ci, il a subi C-2635/2021 Page 31 en 2013 une spondylodèse et présenté ensuite une déformation marquée de la cage thoracique et de la colonne vertébrale. En août 2018, il a fait l'objet d'une nouvelle hospitalisation souffrant d'un rejet chronique de ses poumons greffés et d'une diminution correspondante de la fonction pulmonaire. Il s'est alors soumis à de nombreux examens médicaux afin de déterminer si une re-transplantation pulmonaire était indiquée et s'il pouvait être inscrit sur la liste d'attente. Il s'est en outre astreint à suivre des séances régulières de photophérèse afin de ralentir la progression du rejet. Il a ainsi effectué

sa dixième séance le 15 janvier 2019, sa vingtième séance le 21 juin 2019 et sa trentième séance le 22 janvier 2020. Il a en revanche annulé, les séances de photophérèse prévues les 17 mars et 14 avril 2020 en raison de sa crainte de la pandémie. En réponse à un courrier de la Dresse G. _____ (spécialiste en dermatologie) du 22 avril 2020 lui demandant de confirmer 48 heures à l'avance sa présence aux prochaines séances de photophérèse, il a déploré le manque de compassion de cette médecin et critiqué sa gestion du service (cf. courrier du 28 avril 2021 [TAF pce 1, annexe 15]). Néanmoins, il a poursuivi son traitement, accomplissant sa 38e séance de photophérèse le 28 octobre 2020. A partir du mois de novembre 2020, il a refusé de quitter son domicile pour quelque motif que ce soit en raison de sa crainte de contracter la covid-19. Il n'a pas non plus donné suite aux demandes répétées de l'USZ lui recommandant de se faire vacciner, de reprendre le suivi des séances de photophérèse, de suivre un traitement médical afin de soigner son anxiété liée à la pandémie et de requérir un second avis médical auprès d'un centre de transplantation en Suisse ou à l'étranger. 6.3.3.4 A la lecture de ce qui précède, il apparaît que le recourant a subi avec succès une première transplantation bipulmonaire en 2010 et pu ensuite poursuivre sa scolarité et prendre part à diverses activités sportives jusqu'en 2018 (cf. let. A.b supra). Il ne ressort pas du dossier qu'il n'aurait pas adhéré à son traitement durant toutes ces années ou que le rejet de ses poumons greffés serait imputable à un comportement inadéquat de sa part. Contrairement à ce que soutient l'autorité inférieure, l'on ne saurait en particulier lui reprocher de n'avoir pas régulièrement recouru à l'appareil de respiration nocturne BiPAP, dès lors que rien au dossier n'étaye un pareil manquement et que son hospitalisation en urgence le 14 septembre 2018 constitue un accident isolé et survenu dans des circonstances peu claires, l'Hôpital de (...) ayant indiqué que la non-utilisation du BiPAP comme cause de cette hospitalisation constitue une « hypothèse » (cf. rapport de sortie du 16 septembre 2018 de l'Hôpital du (...) [TAF pce 1, annexe 3]). En revanche, force est de constater que durant les mois de septembre et août 2018, le recourant s'est soumis à de nombreux examens

C-2635/2021 Page 32 médicaux (cf. let. A.c supra). A partir du 8 octobre 2018 jusqu'au 16 novembre 2018, il a effectué un séjour en réhabilitation au cours duquel il s'est montré motivé et a accompli d'étonnants progrès (cf. rapport de sortie du 26 novembre 2018 du centre de réhabilitation [TAF pce 1, annexe 4]). Il s'est également plié à de nombreuses et régulières séances de photophérèse jusqu'au 21 janvier 2020 et cela nonobstant le fait de s'être vu refusé, par décision du 19 juillet 2019, son inscription sur la liste d'attente, rejet qui aurait pu anéantir toute motivation (cf. rapport de sortie du 21 janvier 2020 de la Clinique de dermatologie de l'USZ [TAF pce 6, annexe : DER Berichte, p. 44]). Certes a-t-il annulé de manière intempestive les séances de photophérèse fixées aux 17 mars et 14 avril 2020 et envoyé un courrier au contenu inapproprié le 28 avril 2020 (cf. let. A.f supra). Cependant, il a repris le suivi des séances de photophérèse dès le 17 avril 2020 jusqu'au 28 octobre 2020, période durant laquelle les contaminations à la covid-19 se sont révélées moins élevées, et démontré ainsi sa volonté de se conformer aux instructions de l'autorité inférieure (cf. rapport de sortie du 28 octobre 2020 de la Clinique de dermatologie de l'USZ et les rapports précédents [TAF pce 6, annexe : DER Berichte, p. 1 à 30]). Partant, le Tribunal considère que l'adhésion du recourant à son traitement médical depuis sa première transplantation au mois d'août 2010 jusqu'au mois de novembre 2020 ne saurait prêter le flanc à la critique. 6.3.3.5 Par contre, il est constant qu'à partir du mois de novembre 2020, le recourant n'a plus quitté son domicile par peur de contracter la covid-19 et qu'il a refusé de suivre les séances de photophérèse, de se faire vacciner et de traiter ses

problèmes d'anxiété. L'autorité inférieure en infère une non-adhésion au traitement liée à un problème psychiatrique impossible à évaluer en raison du refus du patient de consulter un spécialiste et constitutive d'une contre-indication absolue à une transplantation pulmonaire, les troubles psychiatriques entraînant des problèmes persistants d'adhésion au traitement. Ce faisant, l'autorité inférieure retient une contre-indication fondée sur une prétendue atteinte à la santé psychique qui n'est pas établie au dossier. En tant qu'elle est imputée à la pandémie, cette non-adhésion repose en outre sur un événement temporaire et extérieur à la volonté du recourant, de sorte qu'elle ne saurait être qualifiée de « durable » au sens de l'art. 3 al. 1 let. b de l'ordonnance sur l'attribution d'organes, l'autorité inférieure l'ayant du reste elle-même qualifiée d'« actuelle » aux termes de sa décision du 4 mai 2021 et considérée ainsi comme n'étant pas définitive. De surcroît, pareille considération est en contradiction manifeste avec le comportement du recourant qui a adhéré d'une manière non critiquable au mandat thérapeutique depuis 2010. Enfin, le refus du patient de requérir

C-2635/2021 Page 33 un second avis médical et le manque de coopération de sa mère ne sauraient lui être opposés comme éléments constitutifs d'une prétendue non-adhésion durable au traitement, dès lors qu'ils ne relèvent à l'évidence pas du mandat thérapeutique. Compte tenu de ce qui précède, force est d'admettre que, contrairement à l'avis défendu par l'autorité inférieure, l'attitude du recourant face à la covid-19 ne saurait être à ce stade retenue comme constitutive d'une non-adhésion durable et définitive à son traitement. Toutefois, la Cour de céans exhorte le recourant à témoigner confiance, respect et solidarité à l'égard d'une équipe médicale dont les pièces au dossier attestent la compétence et bienveillance en sa faveur.

6.3.4 6.3.4.1 Par souci d'exhaustivité, la Cour de céans constate enfin que lors du premier colloque interdisciplinaire du 11 septembre 2018, une re-transplantation pulmonaire a été considérée comme dangereuse pour le recourant, celle-ci risquant d'écourter ses jours (cf. prise de position médicale du 16 octobre 2019 de l'USZ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 113]). Les risques pour la vie du recourant en cas de re-transplantation ont été soulignés lors du colloque du 27 novembre 2018 et de l'évaluation interdisciplinaire du 3 décembre 2018 (cf. prise de position médicale du 16 octobre 2019 et note interne du 4 décembre 2018 de l'USZ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 114 et 124]). Le 19 mars 2019, l'autorité inférieure a refusé d'inscrire le recourant sur la liste d'attente en raison du risque de morbidité et de mortalité péri/post-opératoire classé comme très élevé (cf. note interne du Dr Q. _____ [spécialiste en pneumologie à l'USZ ; TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 126]). Le 16 octobre 2019, elle a indiqué que la décision de ne pas inscrire le recourant sur la liste d'attente lui semblait rétrospectivement justifiée à la lumière des statistiques de mortalité après une re-transplantation pulmonaire (taux de survie à 1 an et 5 ans : 57% et 33% ; cf. prise de position médicale de l'USZ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 114]). Le 7 janvier 2020, elle a observé qu'une re-transplantation se révélait contre-indiquée car elle mettrait en danger la vie du recourant (cf. courrier l'USZ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 1, p. 53 à 54]). A la lumière de ces considérations, la Cour de céans invite l'autorité inférieure à examiner si, compte tenu du risque très élevé de morbidité et de mortalité péri/post-opératoire, une re-transplantation pulmonaire sur le recourant répond à une indication médicale au sens de l'art. 3 al. 1 let. a de l'ordonnance sur l'attribution d'organes, soit à évaluer si cette intervention constitue la seule thérapie appropriée à l'état de santé du recourant ou à

C-2635/2021 Page 34 tout le moins la plus efficace afin d'assurer sa survie (cf. consid. 4.2.3 supra), puis à exposer dûment son point de vue dans une nouvelle décision. 6.3.4.2 Au demeurant, la Cour de céans attire l'attention de l'autorité inférieure – compte tenu de son entretien téléphonique du 30 mars 2021 au cours duquel l'utilité d'attribuer un organe à A. _____ plutôt qu'à un autre patient a été abordée avec le prénommé (TAF pce 6, annexe : PNE Be-richte Teil 1, p. 41 à 42) – sur le fait qu'au stade de l'inscription sur la liste d'attente, il convient uniquement de déterminer si une transplantation est indiquée du point de vue médical et si, éventuellement, il existe des raisons d'ordre médical susceptibles de s'opposer à une telle intervention. Des critères autres que médicaux ne doivent pas entrer en ligne de compte dans la décision d'inscrire un patient sur liste d'attente (cf. consid. 4.2.2 supra). En particulier, la pénurie d'organes et la maximisation de l'utilité des greffons transplantés ne doivent pas être prises en considération au stade de l'inscription sur la liste d'attente, mais ne sont examinées qu'au moment de l'attribution d'un poumon entre plusieurs patients déjà inscrits (cf. consid. 4.4.2 supra). 6.3.5 Au regard de tout ce qui précède, la décision du 4 mai 2021 refusant l'inscription du recourant sur la liste d'attente en raison de la déformation marquée de sa cage thoracique et de sa colonne vertébrale ainsi que d'une prétendue non-adhésion actuelle à la thérapie médicale, n'a pas été rendue conformément à l'arrêt de renvoi C-4780/2019 susmentionné et ne respecte pas le droit fédéral, de sorte qu'il y a lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour nouvelle décision dans le sens des considérants. L'art. 61 al. 1 PA prescrit en effet à l'autorité de recours de statuer elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement de la renvoyer avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Un renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsque, comme en l'espèce, un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Ce faisant, l'autorité inférieure devra dûment indiquer et exposer : – si la malnutrition et la grave insuffisance pondérale ainsi que le déconditionnement prononcé lié à une faiblesse musculaire généralisée du recourant constituent ou non des contre-indications médicales durables à la re-transplantation pulmonaire ;

C-2635/2021 Page 35 – les raisons qui l'ont amenée d'abord à envisager une re-transplantation pulmonaire et à initier de nombreux examens médicaux malgré la déformation marquée de la cage thoracique et de la colonne vertébrale, avant de changer d'avis et de refuser d'inscrire le recourant sur la liste d'attente au motif que cette même déformation constituerait désormais une contre-indication médicale durable et absolue ; – s'il existe d'éventuelles autres contre-indications médicales durables s'opposant à la re-transplantation pulmonaire ; – s'il existe d'éventuelles autres raisons médicales susceptibles de menacer le succès de la re-transplantation pulmonaire ; – si la re-transplantation pulmonaire répond à une indication médicale en l'espèce. 6.3.6 Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de l'autorité inférieure tendant à l'audition d'un médecin de l'équipe de transplantation ou à la mise en œuvre d'un second avis médical auprès d'un centre de transplantation pulmonaire, la Cour de céans considérant, à l'issue d'une appréciation anticipée des preuves, que les mesures d'instruction requises ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; arrêt du TF 1C_89/2021 du 6 septembre 2021 consid. 3.1). De même, il n'y a pas lieu de statuer sur les autres griefs de constatation inexacte des faits, d'inopportunité et de violations du droit fédéral et

constitutionnel soulevés par le recourant (cf. consid. 5.2 supra).

E. 6.1

La décision litigieuse prononcée le 4 mai 2021 fait suite à un arrêt de renvoi C-4780/2019 rendu le 1er mars 2021 par le Tribunal administratif fédéral. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (applicable par analogie au Tribunal administratif fédéral [cf. arrêt du TAF F-4754/2019 du 1er novembre 2021 consid. 4.4]), le principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi découle du droit fédéral non écrit (ATF 143 IV 214 consid. 5.3.3). Conformément à ce principe, l'autorité cantonale à laquelle la cause est renvoyée par le Tribunal fédéral est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du Tribunal fédéral. Elle est ainsi liée par ce qui a déjà été définitivement tranché par le Tribunal fédéral et par les constatations de fait qui n'ont pas été attaquées devant lui ou l'ont été sans succès (ATF 143 IV 214 consid. 5.2.1 ; 131 III 91 consid. 5.2 ; arrêt du TF 6B_1231/2020 du 12 mai 2021 consid. 1.3.1). La motivation de l'arrêt de renvoi détermine dans quelle mesure la cour cantonale est liée à la première décision, prononcé de renvoi qui fixe aussi bien le cadre du nouvel état de fait que celui de la nouvelle motivation juridique ; les faits nouveaux ne peuvent être pris en considération que sur les points ayant fait l'objet du renvoi, lesquels ne peuvent être ni étendus, ni fondés sur une base juridique nouvelle (ATF 135 III 334 consid. 2 p. 335; arrêt du TF 6B_1231/2020 du 12 mai 2021 consid. 1.3.1).

E. 6.2

En l'occurrence, par arrêt de renvoi C-4780/2019, le Tribunal administratif a annulé la décision du 19 juillet 2019 prononçant un premier refus d'inscrire le recourant sur liste d'attente et a invité l'autorité inférieure à rendre une nouvelle décision après avoir préalablement réexaminé si les trois contre-indications médicales opposées au patient (déformation marquée de la cage thoracique sur status post spondylodèse, malnutrition et grave insuffisance pondérale [indice de masse corporelle 15 kg/m²], déconditionnement prononcé lié à une faiblesse musculaire généralisée) revêtaient ou non un caractère durable et si aucune autre raison médicale n'était susceptible de menacer le succès de la transplantation.

E. 6.2.1

A l'appui de son dispositif, le Tribunal a considéré que la déformation marquée de la cage thoracique n'avait pas été considérée d'emblée comme constituant une contre-indication absolue à une re-transplantation pulmonaire. Nonobstant ce diagnostic connu depuis 2013 au moins, l'autorité inférieure avait en effet initié un bilan pré-greffe et proposé au recourant deux séjours de réhabilitation dans le but d'améliorer ses capacités en vue d'une éventuelle re-transplantation. Les spécialistes en chirurgie du thorax avaient indiqué à l'issue du colloque interdisciplinaire du 27 novembre 2018 qu'une re-transplantation pulmonaire était certes difficile et serait un défi, mais néanmoins techniquement praticable malgré la scoliose. Les spécialistes en dermatologie, otorhinolaryngologie et néphrologie n'avaient soulevé aucune réserve relative à une re-transplantation pulmonaire à l'issue du séjour d'évaluation effectué à l'USZ du 28 août au 13 septembre 2018. Le spécialiste en anesthésiologie avait envisagé le risque accru de complications péri-opératoires, mais considéré que le patient était en principe apte à supporter une anesthésie. Dans ces circonstances, ce critère d'exclusion ne pouvait être opposé au recourant sans autres explications sur ce revirement (cf. arrêt C-4780/2019 précité consid. 5.2).

E. 6.2.2

S'agissant de la malnutrition ainsi que de la grave insuffisance pondérale (indice de masse corporelle [IMC] 15 kg/m²), il était apparu au Tribunal qu'à l'issue d'un séjour de réhabilitation effectué du 8 octobre au 16 novembre 2018, l'IMC du recourant était passé de 15.58 kg/m² à 16.8 kg/m², de même que son état de santé et son potentiel de réhabilitation s'étaient améliorés. En opposant au recourant un état de malnutrition et une grave insuffisance pondérale fondée sur un indice de masse corporelle [IMC] 15 kg/m², l'autorité inférieure s'était fondée sur une valeur erronée, dès lors que le recourant présentait un IMC de 15.58 kg/m² à tout le moins. De manière contradictoire, elle avait considéré que le recourant restait significativement en insuffisance pondérale, alors même que le rapport de sortie du centre de réhabilitation avait évoqué un « leichtes Untergewicht [une légère insuffisance pondérale] ». En outre, l'autorité inférieure avait opposé au recourant atteint de paraplégie, sans distinction ni autre considération, un IMC de référence de 18,5 kg/m² applicable aux sujets bien-portants. Elle n'exposait pas les raisons médicales pour lesquelles, le cas échéant, l'atrophie des membres inférieurs du recourant ne pouvait justifier un abaissement correspondant du seuil d'IMC de référence (18,5 kg/m²). A cet égard, l'indication lapidaire selon laquelle avec un IMC inférieur à 17 kg/m², le recourant demeurait significativement en insuffisance pondérale même en tenant compte de sa paraplégie, ne constituait pas une motivation suffisante.

E. 6.2.3

Enfin, le Tribunal a reproché à l'autorité inférieure de n'avoir pas expliqué en quoi le déconditionnement musculaire des membres inférieurs était susceptible de constituer une contre-indication à une transplantation pulmonaire (cf. arrêt C-4780/2019 précité consid. 5.3.2).

E. 6.2.4

Cela étant, le Tribunal a considéré qu'il n'était pas en mesure de confirmer que les trois contre-indications médicales susmentionnées faisaient totalement et définitivement obstacle à une inscription du recourant sur la liste d'attente. Il appartenait par conséquent à l'autorité inférieure de réexaminer si les trois contre-indications médicales susmentionnée revêtaient ou non un caractère durable au sens de l'art. 3 al. 1 let. b de l'ordonnance sur l'attribution d'organes et si aucune autre raison médicale n'était susceptible de menacer le succès de la transplantation au sens de l'art. 3 al. 1 let. c de l'ordonnance sur l'attribution d'organes, puis d'exposer dûment son point de vue dans une nouvelle décision (cf. arrêt C-4780/2019 précité consid. 5.5).

E. 6.3

Donnant suite à cet arrêt, l'autorité inférieure a prononcé le 4 mai 2021 la décision litigieuse, refusant derechef d'inscrire le recourant sur la liste d'attente à raison d'une part d'une déformation marquée de la cage thoracique et de la colonne vertébrale qui laisse craindre une grave restriction respiratoire après la transplantation pulmonaire, d'autre part d'une non-adhésion actuelle à la thérapie médicale qui laisse apparaître un risque accru de non-adhésion après la re-transplantation, considérées comme contre-indications médicales absolues (TAF pce 1, annexe 13).

E. 6.3.1

D'emblée, le Tribunal observe que deux des contre-indications retenues dans la décision du 19 juillet 2019 (malnutrition et grave insuffisance pondérale, ainsi que déconditionnement prononcé lié à une faiblesse musculaire généralisée) ne le sont plus dans la décision du

litigieuse du 4 mai 2021. Or, l'autorité inférieure a été invitée par l'arrêt de renvoi C-4780/2019 à motiver son appréciation selon laquelle aucune amélioration potentielle de l'état de santé du recourant n'était à attendre, cela alors même que la prise de poids ainsi que les progrès musculaires enregistrés lors du séjour en réhabilitation effectué du 8 octobre au 16 novembre 2018 ne permettaient pas d'exclure une évolution favorable de l'insuffisance pondérale et du déconditionnement musculaire (cf. rapport de sortie du centre de réhabilitation du 26 novembre 2018 [TAF pce 1, annexe 4]). Elle passe ainsi sous silence l'apparente contradiction entre son appréciation de l'état de santé du recourant et celle ressortant du rapport de sortie du centre de réhabilitation. L'autorité inférieure ne s'est pas davantage exprimée au sujet de la valeur erronée d'IMC opposée au recourant ni au sujet de l'application à ce dernier, malgré sa paraplégie, d'un IMC de référence de 18,5 kg/m² applicable aux sujets bien-portants. L'USZ n'a pas non plus expliqué en quoi le déconditionnement musculaire des membres inférieurs était susceptible de constituer une contre-indication à une transplantation pulmonaire. A cet égard, la note interne établie à l'occasion d'un colloque tenu le 27 avril 2021 aux termes de laquelle les nouvelles contre-indications retenues ont été jugées « höher gewertet [plus importantes] » que la malnutrition et la grave insuffisance pondérale ainsi que le déconditionnement prononcé lié à une faiblesse musculaire généralisée ne saurait constituer une motivation suffisante (cf. note interne du 27 avril 2021 du Dr R. _____ [médecin-chef du programme de transplantation pulmonaire ; TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 1, p. 38]). Ainsi, l'autorité inférieure n'a non seulement pas satisfait aux réquisits susmentionnés de l'arrêt de renvoi C-4780/2019, mais elle a de surcroît écarté deux contre-indications précédemment opposées au recourant sans exposer à ce dernier les motifs pour lesquels la malnutrition, la grave insuffisance pondérale ainsi que le déconditionnement prononcé lié à une faiblesse musculaire généralisée n'étaient désormais plus constitutifs d'une contre-indication médicale absolue à une re-transplantation pulmonaire. Compte tenu de ce grief déjà, il convient d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure afin qu'elle s'exprime dûment sur ces points conformément à l'arrêt de renvoi C-4780/2019.

E. 6.3.2

S'agissant de la contre-indication afférant à la déformation marquée de la cage thoracique et de la colonne vertébrale, l'USZ explique dans la décision litigieuse que cette dernière a été stabilisée chirurgicalement au moyen de matériel étranger au corps et que ni les déformations ni le matériel étranger n'étaient préexistants à la transplantation de 2010. Ces déformations avaient significativement modifié l'anatomie du thorax, de manière qu'une nouvelle intervention chirurgicale sur une cage thoracique ayant subi plusieurs opérations préalables se révélait particulièrement difficile. Hormis les complications techniques liées à une re-transplantation pulmonaire sur une anatomie du thorax et de la colonne vertébrale altérée, il fallait en outre tenir compte des difficultés résultant de la forte dilution du sang nécessaire pendant l'intervention chirurgicale, ainsi que des problèmes de canulation liés à l'utilisation de la machine coeur-poumon ou de l'oxygénation par membrane extracorporelle auxquelles il faudrait impérativement recourir durant l'intervention. En cas de survie à la transplantation pulmonaire, celle-ci serait associée, en post-transplantation, à une importante restriction de la fonction pulmonaire. Ce faisant, l'autorité inférieure décrit les impératifs techniques et médicaux pour lesquels elle estime que la déformation marquée de la cage thoracique et de la colonne vertébrale constitue une contre-indication absolue à une re-transplantation pulmonaire sur le recourant. Pour autant, elle ne répond pas aux interrogations de l'arrêt de renvoi C-4780/2019 qui l'invitait à motiver son revirement de

position au sujet de cette contre-indication. Le 14 septembre 2018, l'autorité inférieure a en effet qualifié la déformation de la cage thoracique et de la colonne vertébrale de contre-indication relative et a proposé au recourant un séjour de réhabilitation dans le but d'améliorer ses capacités en vue d'une éventuelle re-transplantation (cf. rapport de sortie de la Clinique de pneumologie de l'USZ du 14 septembre 2018 [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 6 à 19]). Le 27 novembre 2018, elle s'est limitée à qualifier la déformation de la cage thoracique et de la colonne vertébrale de contre-indication « au moins relative » et a ajouté que le patient était opérable même si le rapport bénéfice-risque devait encore être discuté (cf. prise de position médicale du 16 octobre 2019 de la Clinique de pneumologie de l'USZ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 113]). Le 3 décembre 2018, elle a expliqué que la décision de ne pas inscrire le recourant sur la liste d'attente ne découlait pas uniquement de la déformation de la cage thoracique et de la colonne vertébrale mais d'une situation d'ensemble jugée trop risquée (cf. note interne du 4 décembre 2018 du Dr Q. _____ [spécialiste en pneumologie à l'USZ ; TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 124]). Le 4 décembre 2018, elle a une nouvelle fois précisé qu'une inscription sur la liste d'attente pourrait éventuellement être rediscutée si l'amélioration des performances physiques et du poids se poursuivaient (cf. prise de position médicale du 16 octobre 2019 de la Clinique de pneumologie de l'USZ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 114]). Le 19 mars 2019, elle a souligné que le refus d'inscrire le recourant sur la liste d'attente découlait de son évolution stationnaire et de l'absence de potentiel d'amélioration (cf. note interne du 19 mars 2019 du Dr Q. _____ [spécialiste en pneumologie à l'USZ ; TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 126]). Le 30 mars 2021, elle a informé le recourant qu'il lui appartenait de se plier à ses instructions s'il souhaitait bénéficier d'une re-transplantation - sous-entendant ainsi qu'une opération n'était pas totalement exclue - avant d'ajouter de manière contradictoire que la déformation de la cage thoracique et de la colonne vertébrale constituait une contre-indication absolue (cf. note interne du 30 mars 2021 du Dr R. _____ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 1, p. 41 à 42]). A la lecture de ce qui précède, il apparaît que la déformation de la cage thoracique et de la colonne vertébrale a été initialement considérée par l'autorité inférieure comme constitutive d'une contre-indication relative n'interdisant pas de manière irrémédiable une re-transplantation si les capacités du recourant venaient à s'améliorer. Sans explication dûment motivée, l'on peine dès lors à suivre l'autorité inférieure lorsque dans sa décision du 19 juillet 2019, elle qualifie impromptue la déformation thoracique de contre-indication absolue interdisant toute opération (TAF pce 1, annexe 1). L'explication sommaire selon laquelle elle s'était efforcée de laisser une chance à la re-transplantation malgré la déformation de la cage thoracique et de la colonne vertébrale ne suffit pas à expliquer à satisfaction un pareil contre avis médical (cf. courrier du 7 janvier 2020 de la Clinique de pneumologie de l'USZ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 1, p. 53 à 54]). Force est ainsi de constater qu'au mépris de l'arrêt de renvoi C-4780/2019, la décision litigieuse du 4 mai 2021 se borne à décrire les obstacles techniques à une re-transplantation sans pour autant dûment expliquer les raisons pour lesquelles la déformation marquée de la cage thoracique et de la colonne vertébrale qui n'a pas été d'emblée retenue comme constitutive d'une contre-indication absolue à la re-transplantation pulmonaire, le serait devenue par la suite. Compte tenu de ce grief également, il convient d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure afin qu'elle s'exprime sur ce point.

E. 6.3.3.1

Enfin, l'autorité inférieure reproche au recourant une prétendue non-adhésion actuelle à la thérapie médicale laissant apparaître un risque accru de non-adhésion après la re-transplantation. Elle explique que depuis la dernière évaluation effectuée le 7 janvier 2020, cette non-adhésion, moins marquée auparavant, est devenue problématique dans le cadre de la pandémie. En effet, le patient a soit omis soit refusé, de manière répétée et sans préavis en temps voulu le service de dermatologie de l'USZ, de se présenter aux séances (nécessaires) de traitement du rejet par photophérèse. Seules quatre séances sur les neuf prévues ont été honorées en 2020, tandis qu'aucune des quatre séances prévues en 2021 n'a été effectuée. Ces défections aux séances de photophérèse extracorporelle ont conduit la Dresse G. _____ (spécialiste en dermatologie) à adresser le 28 avril 2020 un courrier au patient, pour avoir omis d'annuler des thérapies complexes ou l'avoir fait dans un délai trop court. Le service de transplantation pulmonaire a pourtant informé le patient que ces thérapies étaient nécessaires et qu'il devait les suivre malgré ses craintes d'être infecté par la covid-19. En outre, le patient n'a pas recouru à l'appareil de respiration nocturne BiPAP, contrairement à ce qui lui avait été recommandé. Il n'a pas donné suite à la recommandation, pourtant clairement indiquée, de se faire vacciner contre la covid-19. Son refus répété de recourir à un soutien psychologique ou psychiatrique et le manque de coopération de sa mère ne permettent pas aux médecins de déterminer si ce comportement résulte d'un problème médical susceptible d'être traité, de même qu'ils empêchent le patient de bénéficier du soutien nécessaire, étant précisé que les troubles psychiatriques entraînant des problèmes persistants d'adhésion au traitement constituent également une contre-indication absolue à la transplantation pulmonaire.

E. 6.3.3.2

Le recourant fait valoir que l'autorité inférieure aurait retenu à tort qu'il existe actuellement une non-adhésion à la thérapie médicale. Il conteste fermement avoir refusé de poursuivre le plan de traitement prévu et explique que ses huit absences aux séances ambulatoires de photophérèse en deux ans sont justifiées non pas en raison d'un problème psychologique comme évoqué par l'autorité inférieure, mais en raison de la pandémie car il lui était alors difficile de se déplacer jusqu'à Zurich depuis son domicile (...). Il ajoute que ces absences ne constituent pas un critère médical mais une simple inobservance de la réglementation régissant l'annulation d'un rendez-vous. Enfin, il conteste que son refus de se faire vacciner contre la covid-19, celui de suivre une psychothérapie, de même que ses manquements en deux ans à huit séances ambulatoires de photophérèse constituent des contre-indications à une inscription sur la liste d'attente.

E. 6.3.3.3

Il est établi que le recourant a été hospitalisé le 19 mai 2010 en raison de l'aggravation de l'hypertension pulmonaire idiopathique et qu'il a été transplanté avec succès les 10 et 12 août 2010. Dans le cadre des examens médicaux qui ont précédé la transplantation, il a été victime d'un arrêt cardio-respiratoire ayant entraîné une paraplégie des membres inférieurs puis une scoliose neuromusculaire. Afin de traiter celle-ci, il a subi en 2013 une spondylodèse et présenté ensuite une déformation marquée de la cage thoracique et de la colonne vertébrale. En août 2018, il a fait l'objet d'une nouvelle hospitalisation souffrant d'un rejet chronique de ses poumons greffés et d'une diminution correspondante de la fonction pulmonaire. Il s'est alors soumis à de nombreux examens médicaux afin de déterminer si une re-transplantation pulmonaire était indiquée et s'il pouvait être inscrit sur la liste d'attente. Il s'est en outre astreint à suivre des séances régulières de photophérèse

afin de ralentir la progression du rejet. Il a ainsi effectué sa dixième séance le 15 janvier 2019, sa vingtième séance le 21 juin 2019 et sa trentième séance le 22 janvier 2020. Il a en revanche annulé, les séances de photophérèse prévues les 17 mars et 14 avril 2020 en raison de sa crainte de la pandémie. En réponse à un courrier de la Dresse G. _____ (spécialiste en dermatologie) du 22 avril 2020 lui demandant de confirmer 48 heures à l'avance sa présence aux prochaines séances de photophérèse, il a déploré le manque de compassion de cette médecin et critiqué sa gestion du service (cf. courrier du 28 avril 2021 [TAF pce 1, annexe 15]). Néanmoins, il a poursuivi son traitement, accomplissant sa 38e séance de photophérèse le 28 octobre 2020. A partir du mois de novembre 2020, il a refusé de quitter son domicile pour quelque motif que ce soit en raison de sa crainte de contracter la covid-19. Il n'a pas non plus donné suite aux demandes répétées de l'USZ lui recommandant de se faire vacciner, de reprendre le suivi des séances de photophérèse, de suivre un traitement médical afin de soigner son anxiété liée à la pandémie et de requérir un second avis médical auprès d'un centre de transplantation en Suisse ou à l'étranger.

E. 6.3.3.4

A la lecture de ce qui précède, il apparaît que le recourant a subi avec succès une première transplantation bipulmonaire en 2010 et pu ensuite poursuivre sa scolarité et prendre part à diverses activités sportives jusqu'en 2018 (cf. let. A.b supra). Il ne ressort pas du dossier qu'il n'aurait pas adhéré à son traitement durant toutes ces années ou que le rejet de ses poumons greffés serait imputable à un comportement inadéquat de sa part. Contrairement à ce que soutient l'autorité inférieure, l'on ne saurait en particulier lui reprocher de n'avoir pas régulièrement recouru à l'appareil de respiration nocturne BiPAP, dès lors que rien au dossier n'étaye un pareil manquement et que son hospitalisation en urgence le 14 septembre 2018 constitue un accident isolé et survenu dans des circonstances peu claires, l'Hôpital de (...) ayant indiqué que la non-utilisation du BiPAP comme cause de cette hospitalisation constitue une « hypothèse » (cf. rapport de sortie du 16 septembre 2018 de l'Hôpital de (...)) [TAF pce 1, annexe 3]). En revanche, force est de constater que durant les mois de septembre et août 2018, le recourant s'est soumis à de nombreux examens médicaux (cf. let. A.c supra). A partir du 8 octobre 2018 jusqu'au 16 novembre 2018, il a effectué un séjour en réhabilitation au cours duquel il s'est montré motivé et a accompli d'étonnants progrès (cf. rapport de sortie du 26 novembre 2018 du centre de réhabilitation [TAF pce 1, annexe 4]). Il s'est également plié à de nombreuses et régulières séances de photophérèse jusqu'au 21 janvier 2020 et cela nonobstant le fait de s'être vu refusé, par décision du 19 juillet 2019, son inscription sur la liste d'attente, rejet qui aurait pu anéantir toute motivation (cf. rapport de sortie du 21 janvier 2020 de la Clinique de dermatologie de l'USZ [TAF pce 6, annexe : DER Berichte, p. 44]). Certes a-t-il annulé de manière intempestive les séances de photophérèse fixées aux 17 mars et 14 avril 2020 et envoyé un courrier au contenu inapproprié le 28 avril 2020 (cf. let. A.f supra). Cependant, il a repris le suivi des séances de photophérèse dès le 17 avril 2020 jusqu'au 28 octobre 2020, période durant laquelle les contaminations à la covid-19 se sont révélées moins élevées, et démontré ainsi sa volonté de se conformer aux instructions de l'autorité inférieure (cf. rapport de sortie du 28 octobre 2020 de la Clinique de dermatologie de l'USZ et les rapports précédents [TAF pce 6, annexe : DER Berichte, p. 1 à 30]). Partant, le Tribunal considère que l'adhésion du recourant à son traitement médical depuis sa première transplantation au mois d'août 2010 jusqu'au mois de novembre 2020 ne saurait prêter le flanc à la critique.

E. 6.3.3.5

Par contre, il est constant qu'à partir du mois de novembre 2020, le recourant n'a plus quitté son domicile par peur de contracter la covid-19 et qu'il a refusé de suivre les séances de photophérèse, de se faire vacciner et de traiter ses problèmes d'anxiété. L'autorité inférieure en infère une non-adhésion au traitement liée à un problème psychiatrique impossible à évaluer en raison du refus du patient de consulter un spécialiste et constitutive d'une contre-indication absolue à une transplantation pulmonaire, les troubles psychiatriques entraînant des problèmes persistants d'adhésion au traitement. Ce faisant, l'autorité inférieure retient une contre-indication fondée sur une prétendue atteinte à la santé psychique qui n'est pas établie au dossier. En tant qu'elle est imputée à la pandémie, cette non-adhésion repose en outre sur un événement temporaire et extérieur à la volonté du recourant, de sorte qu'elle ne saurait être qualifiée de « durable » au sens de l'art. 3 al. 1 let. b de l'ordonnance sur l'attribution d'organes, l'autorité inférieure l'ayant du reste elle-même qualifiée d'« actuelle » aux termes de sa décision du 4 mai 2021 et considérée ainsi comme n'étant pas définitive. De surcroît, pareille considération est en contradiction manifeste avec le comportement du recourant qui a adhéré d'une manière non critiquable au mandat thérapeutique depuis 2010. Enfin, le refus du patient de requérir un second avis médical et le manque de coopération de sa mère ne sauraient lui être opposés comme éléments constitutifs d'une prétendue non-adhésion durable au traitement, dès lors qu'ils ne relèvent à l'évidence pas du mandat thérapeutique. Compte tenu de ce qui précède, force est d'admettre que, contrairement à l'avis défendu par l'autorité inférieure, l'attitude du recourant face à la covid-19 ne saurait être à ce stade retenue comme constitutive d'une non-adhésion durable et définitive à son traitement. Toutefois, la Cour de céans exhorte le recourant à témoigner confiance, respect et solidarité à l'égard d'une équipe médicale dont les pièces au dossier attestent la compétence et bienveillance en sa faveur.

E. 6.3.4.1

Par souci d'exhaustivité, la Cour de céans constate enfin que lors du premier colloque interdisciplinaire du 11 septembre 2018, une re-transplantation pulmonaire a été considérée comme dangereuse pour le recourant, celle-ci risquant d'écourter ses jours (cf. prise de position médicale du 16 octobre 2019 de l'USZ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 113]). Les risques pour la vie du recourant en cas de re-transplantation ont été soulignés lors du colloque du 27 novembre 2018 et de l'évaluation interdisciplinaire du 3 décembre 2018 (cf. prise de position médicale du 16 octobre 2019 et note interne du 4 décembre 2018 de l'USZ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 114 et 124]). Le 19 mars 2019, l'autorité inférieure a refusé d'inscrire le recourant sur la liste d'attente en raison du risque de morbidité et de mortalité péri/post-opératoire classé comme très élevé (cf. note interne du Dr Q._____ [spécialiste en pneumologie à l'USZ ; TAFpce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 126]). Le 16 octobre 2019, elle a indiqué que la décision de ne pas inscrire le recourant sur la liste d'attente lui semblait rétrospectivement justifiée à la lumière des statistiques de mortalité après une re-transplantation pulmonaire (taux de survie à 1 an et 5 ans : 57% et 33% ; cf. prise de position médicale de l'USZ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 2, p. 114]). Le 7 janvier 2020, elle a observé qu'une re-transplantation se révélait contre-indiquée car elle mettrait en danger la vie du recourant (cf. courrier l'USZ [TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 1, p. 53 à 54]). A la lumière de ces considérations, la Cour de céans invite l'autorité inférieure à examiner si, compte tenu du risque très élevé de morbidité et de mortalité péri/post-opératoire, une re-transplantation pulmonaire sur le recourant répond à une indication médicale au sens de l'art. 3 al. 1 let. a de l'ordonnance sur l'attribution d'organes, soit à évaluer si cette intervention constitue la seule thérapie appropriée à l'état de

santé du recourant ou à tout le moins la plus efficace afin d'assurer sa survie (cf. consid. 4.2.3 supra), puis à exposer dûment son point de vue dans une nouvelle décision.

E. 6.3.4.2

Au demeurant, la Cour de céans attire l'attention de l'autorité inférieure - compte tenu de son entretien téléphonique du 30 mars 2021 au cours duquel l'utilité d'attribuer un organe à A. _____ plutôt qu'à un autre patient a été abordée avec le prénommé (TAF pce 6, annexe : PNE Berichte Teil 1, p. 41 à 42) sur le fait qu'au stade de l'inscription sur la liste d'attente, il convient uniquement de déterminer si une transplantation est indiquée du point de vue médical et si, éventuellement, il existe des raisons d'ordre médical susceptibles de s'opposer à une telle intervention. Des critères autres que médicaux ne doivent pas entrer en ligne de compte dans la décision d'inscrire un patient sur liste d'attente (cf. consid. 4.2.2 supra). En particulier, la pénurie d'organes et la maximisation de l'utilité des greffons transplantés ne doivent pas être prises en considération au stade de l'inscription sur la liste d'attente, mais ne sont examinées qu'au moment de l'attribution d'un poumon entre plusieurs patients déjà inscrits (cf. consid. 4.4.2 supra).

E. 6.3.5

Au regard de tout ce qui précède, la décision du 4 mai 2021 refusant l'inscription du recourant sur la liste d'attente en raison de la déformation marquée de sa cage thoracique et de sa colonne vertébrale ainsi que d'une prétendue non-adhésion actuelle à la thérapie médicale, n'a pas été rendue conformément à l'arrêt de renvoi C-4780/2019 susmentionné et ne respecte pas le droit fédéral, de sorte qu'il y a lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour nouvelle décision dans le sens des considérants. L'art. 61 al. 1 PA prescrit en effet à l'autorité de recours de statuer elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement de la renvoyer avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Un renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsque, comme en l'espèce, un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Ce faisant, l'autorité inférieure devra dûment indiquer et exposer : - si la malnutrition et la grave insuffisance pondérale ainsi que le déconditionnement prononcé lié à une faiblesse musculaire généralisée du recourant constituent ou non des contre-indications médicales durables à la re-transplantation pulmonaire ; - les raisons qui l'ont amenée d'abord à envisager une re-transplantation pulmonaire et à initier de nombreux examens médicaux malgré la déformation marquée de la cage thoracique et de la colonne vertébrale, avant de changer d'avis et de refuser d'inscrire le recourant sur la liste d'attente au motif que cette même déformation constituerait désormais une contre-indication médicale durable et absolue ; - s'il existe d'éventuelles autres contre-indications médicales durables s'opposant à la re-transplantation pulmonaire ; - s'il existe d'éventuelles autres raisons médicales susceptibles de menacer le succès de la re-transplantation pulmonaire ; - si la re-transplantation pulmonaire répond à une indication médicale en l'espèce.

E. 6.3.6

Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de l'autorité inférieure tendant à l'audition d'un médecin de l'équipe de transplantation ou à la mise en oeuvre d'un second avis médical auprès d'un centre de transplantation pulmonaire, la Cour de céans considérant, à l'issue d'une appréciation anticipée des preuves, que les mesures

d'instruction requises ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; arrêt du TF 1C_89/2021 du 6 septembre 2021 consid. 3.1). De même, il n'y a pas lieu de statuer sur les autres griefs de constatation inexacte des faits, d'inopportunité et de violations du droit fédéral et constitutionnel soulevés par le recourant (cf. consid. 5.2 supra).

E. 7

janvier 2020, cette non-adhésion, moins marquée auparavant, est devenue problématique dans le cadre de la pandémie. En effet, le patient avait soit omis soit refusé, de manière répétée et sans préavis en temps voulu le service de dermatologie de l'USZ, de se présenter aux séances (nécessaires) de traitement du rejet par photophérèse. Seules quatre séances sur les neuf prévues avaient été honorées en 2020, tandis qu'aucune de celles des quatre séances prévues en 2021 ne l'avait été. Ces défections aux séances de photophérèse extracorporelle avaient conduit la Dresse G. _____ (spécialiste en dermatologie) à adresser un avertissement écrit au patient, pour avoir omis d'annuler des thérapies complexes ou l'avoir fait dans un délai trop court. Le service de transplantation pulmonaire avait informé le patient que ces thérapies étaient nécessaires et qu'il devait les suivre malgré ses craintes d'être infecté par la covid-19. De même, le patient n'avait-il pas recouru à l'appareil de respiration nocturne BiPAP, contrairement à ce qui lui avait été recommandé. Enfin, le patient n'avait pas donné suite à la recommandation, pourtant clairement indiquée, de se faire vacciner contre la covid-19. Le refus répété du patient de recourir à un soutien psychologique ou psychiatrique ne permettait pas aux médecins de déterminer si ce comportement résultait d'un problème psychologique ou psychiatrique susceptible d'être traité, de même qu'il empêchait le patient de bénéficier d'un soutien médical psychiatrique nécessaire, étant précisé que les problèmes psychiatriques entraînant des problèmes persistants d'adhésion au traitement constituaient également une contre-indication absolue à la transplantation pulmonaire.

E. 7.1

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 800 francs acquittée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt, attendu qu'il obtient entièrement gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire et nouvelle décision (art. 63 al.1 PA ; ATF 132 V 215 consid. 6.1). Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA).

E. 7.2

Le Tribunal peut allouer à la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités

C-2635/2021 Page 36 fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). En l'occurrence, le recourant, qui obtient gain de cause et qui est représenté par un avocat, a droit à une équitable indemnité de dépens forfaitairement fixée à 2'800 francs, à défaut de note de frais et d'honoraires, et mise à la charge de l'autorité inférieure (cf. art. 64 al. 2 PA). Celle-ci n'a pas droit à des dépens (cf. art 7 al. 3 FITAF).

E. 8

Le présent arrêt est définitif, la voie du recours en matière de droit public au Tribunal fédéral n'étant pas ouverte contre les décisions en médecine de transplantation portant sur l'inscription sur la liste d'attente (cf. art. 83 let. q ch. 1 LTF).

(Le dispositif figure sur la page suivante.)

C-2635/2021 Page 37

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.